

Стандартні відкриті операційні втручання в хірургічному лікуванні хворих із гострим ускладненим панкреатитом

В. П. Андрющенко, Д. В. Андрющенко, Ю. С. Лисюк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Standard open operative interventions in surgical treatment of patients, suffering an acute complicated pancreatitis

V. P. Andriushchenko, D. V. Andriushchenko, Yu. S. Lysiuk

Danylo Galytskyi Lviv National Medical University

Реферат

Мета. Визначити характер та оптимальний об'єм стандартних відкритих хірургічних втручань при гострому ускладненому панкреатиті (ГУП) з опрацюванням ключових технічних прийомів операцій.

Матеріали і методи. Оперовано 96 хворих із ГУП. В основну групу включили 47 пацієнтів, яким відкриті втручання виконували як первинно – у 19, так і другим етапом після застосування мініінвазивних інтервенційних технологій (МІТ) – у 28. У порівняльній групі було 49 пацієнтів, яким застосовували виключно стандартні операції.

Результати. Використання МІТ сприяло звуженню показань до виконання первинних відкритих операцій більш ніж у 2 рази. В основній групі віддавали перевагу дугоподібному підреберному доступу – у 26 (55%) спостереженнях ($\chi^2=14,287$; $p=0,02$), у порівняльній – верхньо–серединній лапаротомії – у 37 (76%) спостереженнях ($\chi^2=38,43$, $p < 0,001$). Метод закритого дренивання за Бегером домінував у хворих основної групи – 43% спостережень порівняно з контрольною групою – 9% спостережень ($\chi^2=12,965$; $p=0,003$). При поширених осередках гнійно–некротичного запалення використовували етапну санацію шляхом програмованих реллапаротомій (РЛТ) – у 23% хворих основної групи і 26% хворих контрольної групи ($\chi^2=0,0013$; $p=0,05$). Уточнено окремі технічні елементи хірургічного втручання.

Висновки. Застосування стандартних відкритих операцій за опрацюваним принципом супроводжується покращенням результатів лікування хворих із ГУП.

Ключові слова: гострий ускладнений панкреатит; стандартні відкриті оперативні втручання.

Abstract

Objective. To determine the character and optimal volume of standard open surgical interventions in an acute complicated pancreatitis (ACP) with elaboration of the main technical elements of the operations.

Materials and methods. There were operated 96 patients, suffering ACP. The main group consisted of 47 patients, in whom open interventions were performed primarily in 19, and as the second-stage procedure after application of miniinvasive interventional technologies (MIT) – in 28. The comparison group consisted of 49 patients, in whom standard operations were done only.

Results. Application of MIT have promoted the indications narrowing for performance of primary open operations more than twice. In the main group the arcuate-like subcostal access was applied predominantly – in 26 (55%) observations ($\chi^2=14,287$; $p=0,02$), while in a control one – a median upper laparotomy – in 37 (76%) observations ($\chi^2=38,43$, $p < 0,001$). The method of closed draining in accordance to procedure of Beger was used predominantly in the main group of patients – in 43% of observations, comparing with a control group – 9% of observations ($\chi^2=12,965$; $p=0,003$). In 23% patients of the main group and in 26% patients of a control one ($\chi^2=0,0013$; $p=0,05$), when the extended purulent–necrotic inflammation process have presented, a staged sanitation was applied, using programmed relaparotomies. Some technical elements of the surgical intervention were improved.

Conclusion. Application of standard open operations in accordance to elaborated principle is accompanied by improvement of the treatment results in patients, suffering ACP.

Keywords: acute complicated pancreatitis; standard open operative interventions.

Незважаючи на широке застосування сучасних МІТ у хірургічному лікуванні хворих із ГУП, стандартні відкриті операції не втрачають свого принципово важливого значення [1 – 3]. Більше того, у цілому ряді клінічних ситуацій виконання саме цих втручань дає шанс на одужання хворого і отримання позитивного результату. Однак щодо показань, термінів, характеру та об'єму виконання стандартних відкритих операцій досі наводяться суперечливі погляди [4 – 6].

Мета дослідження: визначити характер та оптимальний об'єм стандартних відкритих хірургічних втручань при ГУП з опрацюванням ключових технічних прийомів операцій.

Матеріали і методи дослідження

Проаналізовано результати хірургічного лікування 96 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у міському панкреатологічному центрі на базі кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького з діагнозом ГУП. У відповідності з раніше сформульованими дефініціями до даної категорії відносили пацієнтів з місцевими ускладненнями захворювання, а також проявами короткочасної або тривалої органної недостатності [7]. Вік госпіталізованих коливався від 22 до 74 років. Жінок було 32 (33%), чоловіків – 64 (67%). Використано клінічні, лабораторні, біохімічні, рентгенологічні, ультрасонографічні, комп'ютерно–томогра-

Види операційного доступу

Операційний доступ	Групи хворих			
	основна		порівняльна	
	абс.	%	абс.	%
Верхньо-серединний	5	11	37	76
Дугоподібний двобічний підреберний	26	55	8	16
Підреберний лівобічний	7	15	4	8
Підреберний правобічний	3	6	–	–
Люмботомічний	6	13	–	–
Разом ...	47	100	49	100

фічні, езофагогастроуденоскопічні, відеолапароскопічні, бактеріологічні і патоморфологічні методики обстеження.

Весь контингент пацієнтів розподілили на дві групи. Основну групу склали 47 хворих, яким виконали відкриті стандартні оперативні втручання як первинно (19), так і другим етапом після застосування МПТ (28). До порівняльної групи включили 49 пацієнтів, у яких застосовували виключно стандартні втручання. На підставі визначення ступеня тяжкості ГУП згідно з критеріями Атлантської класифікації (2012) [8] тяжкий ГУП констатували у 11 (24%) пацієнтів основної групи і у 9 (18%) – порівняльної, помірно тяжкий – відповідно у 36 (76%) і у 40 (82%) пацієнтів. Частка хворих, госпіталізованих з тяжким ГУП, в обох групах істотно не відрізнялася ($\chi^2=3,16$; $p > 0,05$). Отже, виокремлені групи були порівнянними як за характером захворювання, так і за тяжкістю його клінічного перебігу.

Отримані результати досліджень опрацьовано методами варіаційної статистики з використанням критеріїв Ст'юдента, Фішера та χ^2 .

Результати

Показаннями до виконання відкритих оперативних втручань були: трансформація первинно асептичного гострого запалення підшлункової залози (ПЗ) в інфікований панкреонекроз і/або гнійно-некротичний парапанкреатит з ознаками синдрому системної загальної відповіді та наростанням проявів інтоксикації; розвиток поширеного панкреатогенного фібринозного/фібринозно-гнійного перитоніту; необхідність санації обмеженого і демаркованого осередка гнійно-некротичного ураження після МПТ шляхом люмботомії або лапаротомії з малого доступу; тяжкий стан хворого зі стабілізованими гемоди-

намічними показниками та нівельованими проявами поліорганної недостатності внаслідок МПТ та короткотривалого медикаментозно-інфузійного лікування в умовах реанімаційно-анестезіологічного відділення.

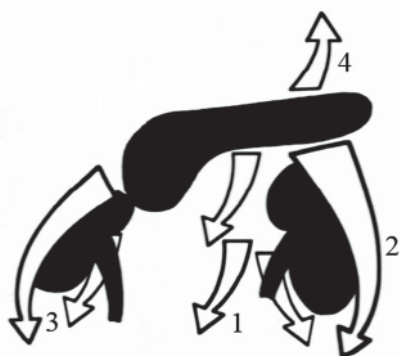
Використання МПТ як пріоритетних втручань на початковому етапі хірургічного лікування у пацієнтів основної групи сприяло зрушенню показань до виконання первинних відкритих операцій. Якщо у порівняльній групі відкриті лапаротомні операції застосовували у всіх 49 пацієнтів, то в основній – лише у 19, тобто у 2,5 разу менше.

Принципово важливого значення надавали окремим технічним компонентам оперативного втручання, зокрема, вибору операційного доступу, який мав створювати умови для повноцінної експлорації і ревізії всіх ділянок гнійно-некротичного ураження ПЗ та заочеревинної клітковини. Субопераційне виявлення навіть невеликих вогнищ запалення зумовлювало неповноцінність втручання з прогресуванням інтоксикаційного синдрому. Тому у хворих основної групи переважав дугоподібний однобічний або двобічний підреберний доступ, зокрема, дугоподібний двобічний підреберний доступ застосовували у 26 (55%) пацієнтів ($\chi^2=14,287$; $p=0,0002$), в той час як у порівняльній групі домінуючим був верхньо-серединний доступ, його застосовували у 37 (76%) пацієнтів ($\chi^2=38,43$; $p < 0,0001$) (див. таблицю).

Оцінка даних ультрасонографії і комп'ютерної томографії (КТ) у доопераційному періоді надавала можливість визначити місцезнаходження гнійно-некротичних ділянок і тим самим слугувала орієнтиром для їх субопераційного пошуку та санації з оптимального доступу – дугоподібного правобічного, лівобічного або двобічного підреберного.

Важливий технічний елемент втручання – виявлення та оцінювання характеру і поширеності патологічного процесу як у самій ПЗ, так і в заочеревинному просторі. Оцінювали всі вірогідні напрямки розповсюдження запалення по заочеревинному просторі (див. рисунок). Субопераційно їх виявили у 82 пацієнтів.

Серед уражень заочеревинного простору частіше спостерігали парапанкреатичні – у 23 (28%) пацієнтів, параколярні – у 21 (25%), мезентеріально-мезоколярні – у 19 (23%), рідше паранефральні – у 12 (15%) і лівобічні піддіафрагмальні – у 7 (9%). Обмежені ураження (одна-дві ділянки) виявлені у 24 (29%) пацієнтів, поширені (понад дві топографо-анатомічні зони) – у 58 (71%). Основний технічний прийом даного етапу втручання полягав у евакуації інфікованого рідинного вмісту і гною з наступним



Напрямки розповсюдження запалення при ГУП:
 1 – мезентеріально-мезоколярний, 2 – параколярний,
 3 – паранефральний, 4 – піддіафрагмальний.

видаленням некротизованих тканин ПЗ і заочеревинної жирової клітковини, а також демаркованих некротичних фрагментів – секвестрів. Некресекуестректомію виконували максимально щадно без використання гострих інструментів, переважно шляхом дигітоклазії та за допомогою викончатого затискача з огляду на високу вірогідність пошкодження судин і виникнення кровотечі або травми порожнистих органів.

Важливою складовою оперативного втручання був вибір оптимальної методики дренивання. При обмежених ураженнях (до двох ділянок) некресекуестректомію завершували закритим дрениванням за Бегером у проточно–промивному або проточно–аспіраційному режимі. Застосовували також спосіб «напіввідкритого» дренивання з використанням трубчато–гумових дренажів Пенроуза. Даний вид санації і дренивання переважав у порівняльній групі (43% спостережень), в основній його реалізовували значно рідше – у 9% спостережень ($\chi^2 = 12,965$; $p = 0,0003$), оскільки він не завжди був достатньо ефективним. При гнійно–некротичному ураженні більше двох ділянок заочеревинного простору у зв'язку з неможливістю повноцінної одномоментної санації осередку запалення некресекуестректомію здійснювали і під час наступних етапних втручань шляхом програмованих РЛТ, частка яких була порівнянною в основній і порівняльній групах – відповідно 23 і 26% спостережень ($\chi^2 = 0,0013$; $p > 0,05$).

Не менш важливим патогенетично обґрунтованим компонентом оперативного втручання була декомпресія тонкої кишки зі створенням умов для раннього ентерального харчування (РЕХ), що реалізовували двома технічними прийомами, один з яких полягав у виконанні назогастроінтестинальної зондової інтубації початкових відділів тонкої кишки, другий (йому надавали пріоритетного значення) – у формуванні підвісної єюностомії за Вітцелем, що забезпечувало як декомпресію тонкої кишки, так і РЕХ у післяопераційному періоді. Після видалення зонду кишкова нориця загоювалася самостійно.

У 6 пацієнтів основної групи після застосування МІТ, що сприяло обмеженню зони ураження заочеревинного простору, здійснено розкриття та санацію осередка гнійно–некротичного запалення люмботомічним доступом.

Проведено узагальнений аналіз результатів лікування. Частота післяопераційних ускладнень у пацієнтів основної групи становила 8,3%, порівняльної – 13,1%, післяопераційна летальність – відповідно 9,2 і 14,8%.

Обговорення

Стандартні відкриті методики операцій при ГУП у частині необхідності широкого доступу до ПЗ й осередка гнійно–некротичного ураження шляхом лапаротомії та видалення некротизованих тканин, а також гнійного вмісту з плином часу не зазнали принципової ревізії [4, 8, 9]. На сьогодні запропоновані різні методи оперативних втручань з реалізацією принципів «відкритого», «напіввідкритого», «закритого» способів дренивання, а також етапних санацій шляхом РЛТ [3, 9]. Однак є потреба чіткого визначення показань, термінів та об'єму їх виконання у даної категорії пацієнтів [2, 5, 11]. Необхідність вдосконалення відкритих хірургічних методів з уточненням їх ок-

ремих технічних елементів є важливим чинником поліпшення результатів лікування ГУП [2, 8, 10]. Опрацьований підхід у значній мірі сприяє вирішенню цього завдання.

Висновки

1. Стандартні відкриті оперативні втручання є важливою складовою хірургічного лікування хворих із ГУП.

2. При первинно обмежених гнійно–некротичних ураженнях ПЗ/парапанкреатичної заочеревинної клітковини або сформованих внаслідок МІТ ефективною є лапаротомія із санацією осередка запалення та закритим дрениванням за Бегером, при поширених процесах – некресекуестректомію з наступними етапними санаціями шляхом програмованих РЛТ.

3. Ефективні компоненти хірургічного втручання – оптимальний операційний доступ у вигляді підреберної лапаротомії, повноцінна та щадна санація всіх осередків гнійно–некротичного запалення, назогастроінтестинальна або єюностомічна інтубація тонкої кишки для забезпечення декомпресії та РЕХ.

4. Застосування стандартних відкритих оперативних втручань за опрацьованим принципом сприяє покращенню результатів хірургічного лікування хворих із ГУП.

References

1. Korchak VM. Suchasna taktyka khirurhichnoho likuvannia tiazhykh formh ostroho pankreatytu. *Klinichna khirurgiia*. 2011;(5):17–9. [In Ukrainian].
2. Andriushchenko DV, Maglevanyi VA, Andriushchenko VP. Ostryi pankreatit: prioritetnye sostavliaiushchie kompleksnogo khirurgicheskogo lecheniia s pozitsii sovremennykh nauchnykh issledovani. *Mezhdunarodnyi nauchno–prakticheskii zhurnal Khirurgiia Vostochnaia Evropa*. 2013;2:120–6. [In Russian].
3. Dronov AI, Kovalskaia IA, Uvarov VI. Osobnosti patogeneticheskogo pokhoda k lecheniu ostrogo nekroticheskogo pankreatita. *Ukrainskii zhurnal khirurgii*. 2013;3:145–9 [In Russian].
4. Fomin PD, Bereznytskyi YaS, Andriushchenko VP, Boiko VV, Velihotskyi MM, Dronov OI, et al. Udoskonaleni alhorytmy diahnozyky ta likuvannia hostroho pankreatytu: metodychni rekomendatsii. Kyiv; 2012. 80 p. [In Ukrainian].
5. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatolgy*. 2013 Jul–Aug;13(4 Suppl 2):e1–15. doi: 10.1016/j.pan.2013.07.063.
6. Babu BI, Sheen AJ, Lee SH, O'Shea S, Eddleston JM, Siriwardena AK. Open pancreatic necrosectomy in the multidisciplinary management of postinflammatory necrosis. *Ann Surg*. 2010;251:783–6. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182172a48.
7. Andriushchenko DV. Osoblyvosti terminolohii ta klasyfikatsii hostroho pankreatytu. *Klinichna khirurgiia*. 2014;(11): 35–7. [In Ukrainian].
8. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis–2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013 Jan;62:102–11. doi: 10.1136/gutjnl-2012-302779. Epub 2012 Oct 25.
9. Aitken EL, Gough V, Jone A. Observation study of intra-abdominal pressure monitoring in acute pancreatitis. *Surgery*. 2014 May;155(5):910–8. doi: 10.1016/j.surg.2013.12.028. Epub 2013 Dec 28.
10. Windsor JA. Infected pancreatic necrosis: drain first, but do it better. *HPB (Oxford)*. 2011;13:367–8. doi: https://doi.org/10.1111/j.1477-2574.2011.00313.x.
11. Türkvatani A, Erden A, Seçil M, Türkoğlu MA. Fluid collections associated with acute pancreatitis: a pictorial essay. *Can Assoc Radiol J*. 2014 Aug;65(3):260–6. doi: 10.1016/j.carj.2013.08.003. Epub 2014 Mar 17.