

О.М. Бондаренко, М.Д. Бондаренко

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

Малоінвазивні технології у лікуванні пацієнтів із гострим панкреатитом

Проведено аналіз результатів лікування 177 пацієнтів з ускладненнями гострого панкреатиту з використанням малоінвазивних і відкритих оперативних втручань. Завдяки розробленому алгоритму у 87 (49,1%) хворих було ефективним консервативне лікування. Малоінвазивні втручання мали позитивний ефект у 66 (73,3%) хворих. Відкриті оперативні втручання виконано 24 (26,7%) пацієнтам. Встановлено, що проведення малоінвазивних хірургічних втручань у пацієнтів з ускладненнями гострого панкреатиту завдає меншої травми хворому, асоційовано зі зменшенням кількості днів перебування у стаціонарі та зниженням загальної летальності (4,5% проти 17,7% у групі порівняння).

Ключові слова: гострий панкреатит, ускладнення панкреатиту, малоінвазивні втручання, відкриті оперативні втручання.

Вступ

Гострий панкреатит (ГП) посідає 3-тє місце серед гострої хірургічної патології протягом останніх років. Захворюваність на ГП в Україні становить 102 випадки на 100 тис. населення (Велигоцкий Н.Н. и соавт., 2009). Значні труднощі становлять ускладнення ГП, особливо випадки некротичної форми захворювання, які становлять 15% (Maheshwari R., Subramanian R.M., 2016). Проблема в тому, що лікування у разі таких ускладнень призводить до високої летальності — за різними даними 4,5–90% (Gompreiz M. et al., 2013; Rohan Jeyarajah D. et al., 2014). Особливу увагу дослідників привертає рання діагностика ускладнень. На цьому шляху подолано багато каменів. Пропонувалося як абсолютно консервативне, так і раннє оперативне лікування.

Новітні дані щодо патогенезу захворювання дозволяють точніше проводити лікувальну тактику. Сучасні можливості ультразвукової (УЗД) та комп'ютерно-томографічної діагностичної апаратури дозволяють більш точно верифікувати патологічні зміни в підшлунковій залозі (ПЗ) на ранніх стадіях. На сьогодні однозначно прийнято, що оперативному лікуванню підлягають лише ускладнені інфіковані процеси, всі інші потребують консервативного лікування. Такий підхід дозволив значно покращити результати лікування пацієнтів із ГП і знизити загальну летальність до 5% (Фирсова В.Г., Паршиков В.В., 2012). Проте питання лікування залишається відкритим і потребує подальшого вивчення. Важливе місце відводять впровадженню малоінвазивних технологій, які останнім часом все ширше впроваджують при лікуванні у разі ускладнень ГП.

Для більш раціонального використання того чи іншого методу діагностики та лікування ГП запроваджують різні алгоритми. Нами запропонований і використовується лікувально-діагностичний алгоритм, спрямований на раннє виявлення і запобігання подальшому розвитку ускладнень (Бондаренко О.М. та співавт., 2016).

Мета роботи — продемонструвати ефективність застосування малоінвазивних оперативних втручань у лікуванні у разі ускладнень ГП та запобігання тяжких деструктивно-некротичних змін ПЗ.

Об'єкт і методи дослідження

У клініці кафедри хірургії і проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика за розробленим нами алгоритмом за період 2011–2016 рр. проліковано 177 пацієнтів з ГП віком 17–79 років. Серед хворих було 128 (72,3%) чоловіків та 49 (27,7%) жінок. Малоінвазивне втручання отримали 66 (37,3%) пацієнтів. Решті проведено консервативне лікування і 24 відкриті операції.

Алгоритм комплексної програми передбачав постійний моніторинг стану хворого за допомогою загальноклінічних, лабора-

торних, біохімічних та інструментальних методів обстеження. У разі нестабільного стану хворого щодня контролювали лабораторні показники. Кожні 3 дні проводили УЗД, кожні 14–16 днів — комп'ютерну томографію. Для виключення іншої хірургічної абдомінальної патології та уточнення діагнозу алгоритмом передбачалося виконання діагностичної лапароскопії в особливо тяжких випадках.

У роботі використовували Міжнародну класифікацію гострого панкреатиту 1992 р. в перегляді 2012 р. (Bradley E.L. 3rd, 1993; Banks P.A. et al., 2013). До дослідження включали хворих, які мали 3–11 балів за шкалою Ranson.

Консервативна терапія у всіх категорій хворих залишалася важливою складовою лікування і була спрямована на пригнічення аутолізу ПЗ на початковому етапі захворювання (приблизно перші 7 діб) і розвитку органних змін у подальшому. Медикаментозна терапія була спрямована на всі відомі патогенетичні механізми розвитку ГП під постійним клініко-лабораторним контролем. Якщо стан хворого стабілізувався — займали активно-очікувану тактику, не виключаючи лабораторно-інструментального контролю. Завдяки консервативній терапії досягнуто успіху у 87 (49,1%) хворих. У решти — 90 (50,8%) хворих — діагностовано ускладнення, що потребували проведення малоінвазивних втручань; з них у 24 (26,7%) пацієнтів малоінвазивні втручання були неефективні, тому їм виконано відкриті операції.

Малоінвазивні втручання на ранніх етапах полягали у пункції та дрениванні об'ємних утворів під УЗД-контролем. Дренування рідинних утворів виконували на апараті «MyLab™50» (Італія) експертного класу з конвексним датчиком з частотою 3,5 МГц. Пункції проводили спеціальною голкою розміром 16–22 G під місцевою анестезією. Для дренивання використовували дренажі розміром 16–22 Fr за методикою одномоментного дренивання стилеткатетерами (Хомяк І.В., 2008; Navaneethan U. et al., 2009). Отриманий вміст обов'язково відправляли на бактеріологічне дослідження. Пункцію проводили у стаціонарних умовах. Після пункції хворих залишали під наглядом чергового лікаря. Рідинні утворення об'ємом <50 см³ зазвичай розсмоктувалися при консервативному лікуванні.

Найчастішим ускладненням ГП були гострі перипанкреатичні скупчення рідини — у 32 (35,5%) хворих. 9 пацієнтам виконано пункцію один раз. Решті хворих виконували пункції зі встановленням дренажу. У 7 хворих після пункції рідинного утвору виявлена панкреатична нориця. Призначено консервативне лікування із застосуванням фібринолітика (еноксапарин натрій 4000 анти-Ха). У 6 хворих спостерігали закриття нориці. Одному пацієнту виконано відкрите оперативне втручання з резекцією нориці і хвоста ПЗ.

Ненабагато рідше виявляли заочеревинні флегмони. У 26 (28,9%) хворих, в яких виявлено «пункційне вікно», під час

пункції видалено 50–550 мл ексудату шоколадного кольору. Семи (26,9%) хворим після дренування для видалення сухого залишку виконували некрсеквестректомію з міні-доступом у поперековій ділянці.

Групу порівняння становили 175 хворих з ускладненнями ГП, яким проводили традиційне лікування в період 2007–2011 рр., коли малоінвазивні технології ще не були широко впроваджені у нашій клініці.

Результати та їх обговорення

При правильно організованій і ачасно розпочатій медикаментозній терапії у 80% пацієнтів із ГП вдається запобігти виникненню ускладнень. Проте не завжди хворі вчасно звертаються до лікаря при перших ознаках ГП.

Консервативна терапія була ефективною у 85 (48,0%) хворих проти 42,9% у групі порівняння. Базисна консервативна терапія дозволила значно покращити результати лікування. Загальна летальність становила 4,5%, у групі порівняння — 17,7%. Малоінвазивні втручання виявилися ефективні у 66 (73,3%) хворих. Решта мали надзвичайно тяжкий перебіг захворювання, що потребувало виконання відкритих лапаротомічних втручань. Це дало змогу зменшити кількість ускладнень, особливо тяжких, і, як наслідок, значно зменшено кількість відкритих оперативних втручань (з 56,6 до 13,5%), які самі по собі несуть велику загрозу здоров'ю хворого. На фоні консервативної терапії застосування малоінвазивних втручань ще більше підвищують шанси пацієнта на видужання.

Завдяки малоінвазивному втручанням вдається на ранній стадії патологічного процесу усунути інтоксикаційний синдром та компресію ПЗ і сусідніх органів. Це завдання вирішувалося пункцією рідинного утвору під місцевою анестезією за УЗД-контролем без суттєвого порушення стану хворого. Оптиміальний термін до пункції визначається об'ємом рідинного утворення. Показанням до пункції було рідинне скучення об'ємом понад 50 мл. Утворення меншого діаметра легко піддавалися консервативному лікуванню. Не можемо повністю погодитися з думкою авторів (Десятерик В.І., Крижун М.С., 2017) про те, що і більш об'ємні утворення зникають самостійно. Так, вони зникають, але тривала компресія, особливо самої ПЗ, призводить до викиду катехоламінів, які «розпалюють» патологічний процес. Нами виконано пункції за наявності рідини після уточнення її поширення та взаємозв'язку із сусідніми органами. Зазвичай це відбувалося на 5–7-му добу від початку захворювання.

У групі порівняння реєстрували практично таку саму кількість пацієнтів з рідинними утвореннями, але більшості з них виконували відкрите оперативне втручання (а це — збільшення матеріальних витрат на операцію, тяжкі післяопераційний період і подальше видужання).

Запропонований нами алгоритм забезпечує постійний клініко-лабораторний та інструментальний моніторинг стану хворого, що дозволяє вчасно виявити ускладнення ГП і оптимально, за рахунок малоінвазивного втручання, запобігти подальшому загостренню процесу.

Ускладнень після пункції та дренування не виявлено. Летальні випадки виникали лише внаслідок загострення супутньої патології.

Серед тих, кого лікували консервативним методом, 1 хворий помер від інфаркту міокарда, 1 — від тромбоемболії легеневої артерії. Після застосування малоінвазивних методик 1 хворий помер від тромбоемболії легеневої артерії, після відкритих оперативних втручань померли 5 хворих — переважно від поліорганної недостатності.

Висновок

Вибір методу лікування пацієнта із ГП залежить від стадії захворювання, терміну госпіталізації. Методом вибору може бути малоінвазивне втручання — як остаточне лікування, так і першочергове надання допомоги.

Впровадження запропонованого алгоритму обґрунтовує використання малоінвазивних втручань для усунення гнійно-септичних ускладнень та компартмент-синдрому.

За результатами дослідження зазначена технологія дозволила знизити загальну летальність від ГП до 4,5% (у групі порівняння — 17,7%).

Малоінвазивні технології в ліченні пацієнтів с острым панкреатитом

А.Н. Бондаренко, Н.Д. Бондаренко

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 177 пациентов с осложнениями острого панкреатита с использованием малоинвазивных и открытых оперативных вмешательств. Благодаря разработанному алгоритму у 87 (49,1%) больных было эффективным консервативное лечение. Малоинвазивные вмешательства имели положительный эффект у 66 (73,3%) больных. Открытые оперативные вмешательства выполнены у 24 (26,7%) пациентам. Установлено, что проведение малоинвазивных хирургических вмешательств у пациентов с осложнениями острого панкреатита наносит меньшую травму больному, ассоциировано с уменьшением количества дней пребывания в стационаре и снижением общей летальности (4,5% против 17,7% в группе сравнения).

Ключевые слова: острый панкреатит, осложнения панкреатита, малоинвазивные вмешательства, открытые оперативные вмешательства.

Minimally invasive technologies in the treatment of patients with acute pancreatitis

O.M. Bondarenko, M.D. Bondarenko

Summary. The analysis of the results of treatment of 177 patients with complications of acute pancreatitis with the use of minimally invasive and open surgical procedures has been carried out. Due to the developed algorithm, 87 (49.1%) patients had effective conservative treatment. Less invasive interventions had a positive effect in 66 (73.3%) patients. Open surgical interventions are performed in 24 (26.7%). According to the results of the use of minimally invasive surgical interventions in patients with complications of acute pancreatitis, it is established that they cause less trauma to the patient, decreases the number of days of stay in the hospital, reduces the overall mortality (4.5% against 17.7% in the comparison group).

Key words: acute pancreatitis, complications of pancreatitis, minimally invasive surgery, open surgery.

Список використаної літератури

- Бондаренко О.М., Фелештинський Я.П., Бондаренко М.Д. (2016) Спосіб діагностики та лікування ускладнень гострого деструктивного панкреатиту. Патент на корисну модель UA 110517 У від 10.10.2016 р. (<http://uapatents.com/6-110517-sposib-diagnostiki-ta-likuvannya-uskladnen-gostrogo-destruktyvnoho-pankreatitu.html>).
- Вельгощій Н.Н., Горбулич А.В., Бодрова А.Ю. (2009) Острый панкреатит. *Международ. мед. журн.*, 1: 63–69.
- Десятерик В.І., Крижун М.С. (2017) Зміни клінічних підходів та лікувальної тактики при гострому панкреатиті у світлі переглянутої класифікації Атланта 2012. *Клініч. хір.*, 3: 51–55.
- Фирсова В.Г., Паршиков В.В. (2012) Острый панкреатит: современные подходы к хирургическому лечению. *Вест. эксперимент. клин. хір.*, 4: 715–721.
- Хомик І.В. (2008) Малотравматична позаочеревинна санація вогнищ панкреонекрозу в хірургічному лікуванні гострого некротичного панкреатиту. *Клініч. хір.*, 11/12: 76–77.
- Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C. et al.; Acute Pancreatitis Classification Working Group (2013) Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*, 62(1): 102–111.
- Bradley E.L. 3rd (1993) A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992. *Arch. Surg.*, 128(5): 586–590.
- Gompertz M., Lara I., Fernández L. et al. (2013) Mortality of acute pancreatitis in a 20 years period. *Rev. Med. Chil.*, 141(5): 562–567.
- Maheeswarl R., Subramanian R.M. (2016) Severe Acute Pancreatitis and Necrotizing Pancreatitis. *Crit. Care Clin.*, 32(2): 279–290.
- Navaneethan U., Vage S.S., Chari S.T., Baron T.H. (2009) Minimally invasive techniques in pancreatic necrosis. *Pancreas*, 38(8): 867–875.
- Rohan Jayarajah D., Osman H.G., Patel S. (2014) Severe acute pancreatitis attacks are associated with significant morbidity and mortality. *Curr. Probl. Surg.*, 51(9): 370–372.

Адреса для листування:

Бондаренко Олександр Миколайович
04107, Київ, вул. Багговутівська, 1
Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
кафедра хірургії та проктології
E-mail: b27@ukr.net

Одержано 02.07.2017