

УДК 616.37-002.1-089-072.1-72

© В. І. РУСИН, С. С. ФІЛІП, С. М. ЧОБЕЙ

Ужгородський національний університет

Можливості міні-інвазивних технологій при лікуванні гострого панкреатиту

V. I. RUSYN, S. S. FILIP, S. M. CHOBEY

Uzhhorod National University

POSSIBILITIES OF MINIINVASIVE TECHNOLOGIES OF TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

У роботі наведено результати лікування хворих на гострий панкреатит із використанням ендоскопічних, пункційно-дренуючих та відеоендоскопічних втручань. Найкращі результати лікування гострого панкреатиту отримано при використанні міні-інвазивних технологій на фоні загальноприйнятого консервативного лікування. Традиційні хірургічні технології та комбінація традиційних і міні-інвазивних технологій дають найвищу летальність при лікуванні ускладнених форм гострого панкреатиту.

The results of treatment of patients with an acute pancreatitis using endoscopic, needle-draining and videoendoscopic interventions are adduced. Best treatment results are obtained when using acute pancreatitis miniinvasive technologies on the background of conservative treatment. Traditional surgical techniques and combination of traditional and minimally invasive technologies provide the highest mortality in the treatment of complicated forms of acute pancreatitis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. За даними різних авторів [1, 3, 4], за останні роки спостерігається неухильний ріст захворюваності на гострий панкреатит (ГП), від 30 до 80 випадків на 100 000 населення в рік. В Україні, за даними П. Д. Фоміна, захворюваність на ГП складає 67 чоловік на 100 000 населення.

Протягом останніх десятиріч загальна летальність при ГП коливається в межах 6–8 % і залежить від питомої ваги тяжких форм з розвитком некротичних процесів у підшлунковій залозі (ПЗ). Летальність при цих формах ГП залишається стабільно високою і досягає 21–49 % [2, 5, 6]. Незважаючи на велике число досліджень, присвячених різним аспектам гострого некротичного панкреатиту, відчутних поліпшень результатів його лікування до сьогодні не відмічено. І нині актуальними залишаються питання комплексної діагностики і лікування ГП, раннього виявлення його гнійних ускладнень, оптимальних термінів, характеру й об'єму оперативних втручань на ПЗ.

Зменшення травматичності втручань – основний напрямок розвитку хірургічної методології.

Водночас малоінвазивні технології, значно змінивши стереотипи хірургічного мислення, визначили актуальність вирішення багатьох наукових, практичних та організаційних проблем. Але до цього часу в літературі не уточнено тактичні й технічні аспекти використання малоінвазивних технологій в лікуванні ГП; немає чітких показань до виконання черезшкірної діагностичної пункції (ЧДП); не об-

грунтовано показання для черезшкірного дренивання, відеолапароскопічної санації порожнин; не визначено оптимальну методику створення дреноуючого каналу, умови безпечного використання дренажів, їх діаметра, а також методи контролю ефективності санації вогнища. Відкритими залишаються питання тактики, термінів виконання, визначення показань та протипоказань до малоінвазивних втручань при різноманітних ускладненнях ГП.

Мета роботи: для поліпшення результатів лікування хворих на ГП оцінити використання ендоскопічних, пункційно-дренуючих та відеоендоскопічних втручань при ГП.

Матеріали і методи. Загальна характеристика основних методів лікування та їх результатів за 2005–2011 рр. представлена в таблиці 1.

Консервативне лікування в об'ємі базової консервативної терапії чи то в комбінації з іншими методами лікування (імунокорекція, ГБО, апаратна детоксикація, подовжена внутрішньоартеріальна інфузія черевного стовбура) проводили усім хворим відповідно до принципів консервативної терапії.

Ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) застосовували у хворих на гострий біліарний панкреатит із наростаючою механічною жовтяницею, холангітом і при вклинненні конкрементів у великий дуоденальний сосочок (ВДС). Техніка втручання була типовою і не мала особливостей, які пов'язані з ГП.

Санаційну відеолапароскопію (ВЛСК) виконували одночасно з діагностичним етапом обстежен-

Таблиця 1. Основні методи лікування ГП і їх результати в 2005–2011 рр.

Рік	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всього
Кількість хворих	102	108	141	128	156	176	189	1000
З них померли	6 (5,9 %)	4 (3,7 %)	4 (2,8 %)	7 (5,5 %)	7 (4,5 %)	9 (5,1 %)	11 (5,8 %)	48 (4,8 %)
Не оперовані	86	87	122	96	132	150	154	827
З них померли	2	2	3	3	5	4	3	22
Прооперовано всього	16	21	19	32	24	26	35	173
З них померли	3	2	5	3	4	5	4	26
Тільки традиційні операції	4	9	5	7	4	5	6	40
З них померли	2	2	1	3	1	0	2	10 (25,0 %)
Міні-інвазивні і відеолапароскопічні операції	9	8	9	17	11	17	19	133 (80)
З них померли	-	-	-	-	-	-	-	-
Комбінація традиційних і міні-інвазивних операцій	4	3	5	8	9	14	10	53
З них померли	2	1	2	3	2	3	3	16 (30,2 %)

ня. Відсмоктувачем евакуювали рідину, черевну порожнину промивали, “випираючи” рідинні скупчення в сальниковій сумці і в позаочеревинній клітковині розсікали з використанням електрокоагулюючих інструментів. При жовчній гіпертензії виконували черезшкірну черезпечінкову мікрохолестостомію. ВЛСК завершували дренажуванням черевної порожнини.

Відеоретроперитонеоскопію застосовували в обмеженій кількості вкрай тяжких хворих із наростаючою токсемією і прогресуючою поліорганною недостатністю (ПОН) із метою зменшення інтоксикації за рахунок евакуації вмісту позаочеревинних рідинних скупчень в умовах вкрай високого операційного ризику. Точки і траєкторії введення троакарів визначали за допомогою ультразвукового дослідження безпосередньо на операційному столі. У частини хворих відеоретроперитонеоскопію застосовували і після раніше виконаних відкритих операцій, коли діагностували недренувані кишечні порожнини у позаочеревинному просторі. В дренажні канали вводили обтуратори Хасана, через які виконували некрсеквестректомію, руйнування перегородок і корекцію розташування дренажів.

Пункцію під ультразвуковим наведенням застосовували з приводу гострих рідинних скупчень для евакуації вмісту, цитологічного і мікробіологічного дослідження. Використовували портативний ультразвуковий апарат “Алоса”, лінійний датчик із частотою 300 МГц, голки типу “СНІВА” (G 16-22) і фіксатор, який направляє голки. Техніка маніпуляції була стандартною.

Дренажування під ультразвуковим наведенням застосовували з приводу гострого некротичного панкреатиту, ранніх несформованих псевдокіст, абсцесів. Вирішальним фактором при виборі дренажування як основного методу лікування була наявність капсули, що попереджувало розповсюдження інфекції. Другим важливим фактором була на-

явність секвестрів і їх розміри, – при відсутності секвестрів або при наявності “зависі” дрібних секвестрів розраховували на дренажування як на кінцевий і радикальний метод лікування. При великих секвестрах, які неможливо евакуювати через дренаж, метод розглядали як паліативне втручання, спрямоване на видалення рідкої частини і зменшення інтоксикації як підготовки до основного етапу втручання. Застосовували ту ж ультразвукову апаратуру, датчики і голки, що й для пункції під ультразвуковим наведенням, а також стилет-катетери типу “Pig tail”, маніпуляцію виконували за стандартною методикою.

Показаннями до відкритих хірургічних операцій були:

1. Невідмежований інфікований ретроперитонеонекроз (заочеревинна флегмона).
2. Відмежований інфікований панкреонекроз (абсцес та інфікована псевдокіста) при технічній неможливості, протипоказаннях або неефективності міні-інвазивного дренажування.
3. Неможливість виключити інфікування зон деструкції при наростаючих явищах ПОН і ССЗВ.
4. Наростання інтоксикації і ранньої ПОН у фазі токсемії, незважаючи на проведення всього комплексу інтенсивної консервативної терапії і апаратної екстракорпоральної детоксикації.
5. Діагноз “перитоніт нез’ясованої етіології”.

Вибір операційного доступу залежав від локалізації панкреатогенної деструкції. Використовували люмботомію, серединну або трансректальну лапаротомію обмеженої протяжності, а також комбінацію лапаротомії і люмботомії, які виконували одночасно або послідовно. Операційний прийом передбачав розсічення джерела деструкції, видалення некротичних тканин тупим шляхом; видалили вільно лежачі секвестри. Завершенням операції було відкрите або закрите дренажування зони деструкції і черевної порожнини.

Результати досліджень та їх обговорення. Тільки консервативне лікування проводили у 827 (82,7 %) пацієнтів, з них одужали 807, померли 20 (2,4 %) – усі від панкреатогенного шоку або ранньої ПОН (табл. 1).

У 173 (17,3 %) хворих, які пережили панкреатогенну токсемію, в ході проведення консервативної терапії ГП не був ліквідований повністю. Вони потребували хірургічного лікування з приводу розвитку місцевих деструктивних асептичних і гнійних ускладнень, які розвинулися. Хірургічне лікування передбачало застосування традиційних хірургічних операцій, міні-інвазивних (пункційно-дренуючих та ендоскопічних) втручань або поєднання міні-інвазивних і традиційних методів хірургічного лікування.

Міні-інвазивні (пункційно-дренуючі та ендоскопічні) втручання використано у 133 хворих. Вони стали єдиним та достатнім методом хірургічного втручання у 80 (60,2 %) пацієнтів.

У 53 пацієнтів (39,8 %) міні-інвазивні втручання не ліквідували ускладнення, що привело до комбінації з традиційними хірургічними втручаннями. Ці 53 хворих склали найбільш тяжку групу пацієнтів із найвищим показником летальності – 30,2 %. Як необхідність комбінації різних методів хірургічного лікування, так і висока летальність у цих хворих були з самого початку зумовлені значним об'ємом ураження ПЗ та обширним розповсюдженням панкреатогенної деструкції по позаочеревинній клітковині.

Тільки традиційні хірургічні операції виконано у 40 хворих (23,1 %) зі 173 пацієнтів, які отримували хірургічне лікування. Летальність у цій групі склала 25,0 %.

Структуру летальності і причин смерті в узагальненому вигляді та в динаміці за роками наведено в таблиці 2.

Таблиця 2. Структура летальності і причин смерті хворих на гострий панкреатит

Рік	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всього
Кількість хворих	102	108	141	128	156	176	189	1000
З них померли	6 (5,9 %)	4 (3,7 %)	4 (2,8 %)	7 (5,5 %)	7 (4,5 %)	9 (5,1 %)	11 (5,8 %)	48 (4,8 %)
Причини смерті								
Панкреатогенний шок	2	3	1	3	2	4	3	18
Поліорганна недостатність	3	-	2	2	3	3	4	17
Гнійно-септичні ускладнення	1	1	1	2	2	1	3	11
Інші причини	-	-	-	-	-	1	1	2

Загальна летальність склала 48 (4,8 %) з 1000 пацієнтів. Слід особливо відмітити, що із 48 померлих хворих 14 (29,2 %) було переведено в клініку з інших лікувальних закладів у зв'язку з неефективністю проведеного лікування. Стан цих пацієнтів при переведенні був надзвичайно тяжкий, тільки частково курабельний. Дані хворі склали 1/3 частину всіх смертельних випадків при гострому панкреатиті. За винятком цих пацієнтів, загальна летальність серед хворих, які вперше госпіталізовані в хірургічну клініку ЗОКЛ ім. А. Новака

м. Ужгорода із діагнозом гострого панкреатиту, склала 3,4 %.

Висновки. 1. Найкращі результати лікування ГП отримано при використанні міні-інвазивних технологій на фоні загальноприйнятого консервативного лікування.

2. Традиційні хірургічні технології та комбінація традиційних і міні-інвазивних технологій дають найвищу летальність при лікуванні ускладнених форм ГП.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрущенко В. П. Систематизований підхід до застосування сучасних міні-інвазивних технологій в хірургічному лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень / В. П. Андрущенко, Л. М. Когут, Д. В. Андрущенко // Український журнал хірургії. – 2009. – № 2. – С. 7–12.
2. Этапное хирургическое лечение больных некротическим панкреатитом в фазе гнойных осложнений / В. В. Бойко, А. М. Тищенко, Ю. В. Иванова [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 2 (11). – С. 98–102.
3. Кондратенко П. Г. Вибір способу та об'єму хірургічного втручання при гострому небіліарному панкреатиті / П. Г. Кондратенко // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 9–12.
4. Копчак В. М. Сучасна тактика хірургічного лікування тяжких форм гострого панкреатиту / В. М. Копчак // Клінічна хірургія. – 2011. – № 5 (818). – С. 25–26.
5. Русин В. І. Малоінвазивні лапароскопічні та ультрасонографічні способи лікування ускладнень гострого деструктивного панкреатиту / В. І. Русин, О. О. Болдіжар, А. В. Мартяшов // Науковий вісник Ужгородського університету, серія "Медицина". – 2010. – № 39. – С. 144–149.
6. Хірургічне лікування хворих на важкі форми гострого панкреатиту: аналіз результатів та фактори прогнозу / В. О. Сипливий, В. І. Робак, Г. Д. Петренко [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 2 (11). – С. 89–93.

Отримано 08.08.12