

М.Г.ГОНЧАР, Я.М.КУЧІРКА

*Івано-Франківський національний медичний університет, стоматологічний факультет, кафедра хірургії, Івано-Франківськ***ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ**

В роботі представлено сучасне хірургічне лікування гострого панкреатиту, панкреонекрозу і його ускладнень. Рекомендований індивідуальний підхід в залежності від наявності ускладнень, направлений на ліквідацію вогнища патології, перитоніту, абсцесів заочеревинного простору, а саме: лапароскопічне оздоровлення, поєднання лапароскопії і марсупілізації і класичної лапаротомії. Запропонований підхід дав можливість знизити летальність з 22,3% до 15,2% і скоротити термін перебування в стаціонарі на 9,2 доби.

Ключові слова: гострий панкреатит, панкреонекроз, хірургічне лікування

Вступ. “Як пантера, що пеститься, вона поклала голову в згин дванадцятипалої кишки, розпластала тонке тіло на аорті, яка заколисалася її своїми рухами, а дещо зігнений хвіст безпечно відхилила у ворота селезінки – красивий хижак, що затаївся, який неочікувано при хворобі може завдати непоправної шкоди”.

“Чудова, як ангел небесний, Як демон підступна і зла”.

Такими поетичними словами В.І.Русаков описує підшлункову залозу та її “характер”.

Дійсність свідчить, що в даний час немає іншого гострого хірургічного захворювання, частота якого так різко зросла за останні роки. Спостереження показують, що на протязі життя одного лікарського покоління панкреатит із захворювання казуїстично рідкого став ледве не самою частою формою “гострого живота”, поступаючись лише апендициту і холециститу [1].

Не дивлячись на чисельні конференції, форуми, з'їзди, присвячені цій патології, залишаються дискусійними питання тактики, об'єму консервативної терапії, терміну і характеру оперативних втручань.

Висока летальність, яка коливається в межах від 20% до 45% в фазі токсемії і до 80% при інфікованому панкреонекрозі з розвитком абдомінального сепсису не тільки по Україні, але і в провідних клініках світу, тривалість перебігу захворювання, ускладнення, які значно погіршують якість життя пацієнтів і роблять його дискомфортним, вимагає подальшого і більш детального багатовекторного вивчення цієї патології і розвитку нових, альтернативних методів діагностики, консервативного і оперативного лікування. (В.М. Копчак і співавт., 2011, М.М. Кобилецький і співавт., 2011) [2, 3].

Мета дослідження. Розробити оптимальні методи оперативного лікування хворих на гострий панкреатит і його ускладнення.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 153 хворих на гострий панкреатит і ретроспективно проведено аналіз 112 історій хвороби пацієнтів з цією патологією. Вік хворих коливався від 19 до 87 років. Причиною

захворювання вважали, як правило, погрішності в дієті. Тут на перше місце виступає зловживання алкоголем і прийом жирної їжі. Чоловіків було 179, жінок – 86.

Всім хворим при поступленні виконувалися лабораторні обстеження (загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові: білірубін, креатинін, сечовина, АлАТ, АсАТ, цукор крові, амілаза крові) і інструментальні методи дослідження: ФГДС, при необхідності ретроградна холангіографія і папілосфінктеротомія, УЗД, КТ.

Результати досліджень та їх обговорення. Ретроспективний аналіз 112 історій хвороб з гострим панкреатитом з яких оперовано 17 хворих з панкреонекрозом. Класичним методом (лапаротомії, санація і дренивання черевної порожнини і заочеревинного простору, марсупілізація) було прооперовано 12 пацієнтів. В трьох випадках була виконана комбінована операція: лапароскопічна холецистектомія, санація і дренивання черевної порожнини і заочеревинного простору, марсупілізація. Двом пацієнтам проведено тільки малоінвазивні втручання з дрениванням чепцевої сумки через чепцевий отвір “отвір Вінслоу” і малий сальник. Померло 4 хворих, тривалість перебування в стаціонарі склала 28,5 доби.

Проаналізувавши ретроспективні результати лікування ми прийшли до висновку, що кожен хірург, який йде на операцію з приводу гострого панкреатиту ставить, подумки, наступні завдання:

1. Медикаментозна передопераційна підготовка. Багато пацієнтів мають важку супутню патологію. При вираженій інтоксикації необхідно провести адекватну дезінтоксикаційну терапію. Частина хворих поступає в запущеному стані з вираженою поліорганною недостатністю. Все вищепераховане, треба обов'язково виконати, для того щоб оперативне втручання не стало останньою крапкою в житті хворого.

2. Ідентифікація вогнища. На сучасному етапі застосування УЗД, КТ, МРТ мають досить об'єктивні можливості для уточнення діагнозу. Але не треба забувати, що це додаткові методи обстеження і тільки під час операції можна

встановити кінцевий діагноз. У зв'язку з цим, починати оперативне втручання необхідно з лапароскопічної діагностики стану підшлункової залози і черевної порожнини.

3. Вибір методу оперативного втручання після встановлення кінцевого діагнозу. Сучасна панкреатологія рекомендує застосовувати малоінвазивні методи лікування. В більшості випадків вони дають можливість виконати адекватне патології втручання: холецистектомію, дренування чепцевої сумки, черевної порожнини і при розповсюдженні запального процесу на заочеревинну клітковину – дренування заочеревинних просторів з додаткових розрізів під контролем лапароскопа.

На превеликий жаль, таке малотравматичне оперативне втручання не завжди можна застосувати. Мова іде про випадки розлитого гнійно-фібринозного перитоніту, коли запаяний чепцевий отвір (отвір Вінслова), коли шлунково-ободовокишкову зв'язку практично не можливо ідентифікувати внаслідок вираженого запального процесу у великій чепцевій сумці і поперечна ободова кишка притягнута до шлунка. Вводити лапароскоп наосліп, це потенційна занроза перфорувати порожнистий орган або отримати інтенсивну кровотечу. В цих випадках ми комбінуємо лапароскопічну санацію і дренування черевної порожнини з мінілапаротомією і марсупілізацією чепцевої сумки гумово-трубчастими дренажами. Крім того, мікролапаротомія дає можливість провести більш впевнений контроль під час дренування заочеревинного простору – одна рука в черевній порожнині, а другою виконують дренування заочеревинного простору.

І нарешті третій метод – класичної лапаротомії з санацією черевної порожнини, інтубацією тонкої кишки і вшивання блискавки для прогнозованої лапаростомії. Мова іде про панкреонекроз з розлитим гнійно-фібринозним перитонітом в термінальній фазі і метеоризмом III ступеня, внаслідок динамічної кишкової непрохідності.

Послідовність маніпуляцій після лапаротомії, на наш погляд, має бути наступною: уточнення діагнозу, ретельна багаторазова санація черевної порожнини, введення в корінь брижі кишки (при достатньому артеріальному тиску) 100 – 150 мл. 0,5 % розчину новокаїну, розкриття шлунково-ободової кишкової зв'язки з санацією великого чепцевої сумки, при необхідності – холецистектомія, інтубація і санація кишки. Це проводиться наступним чином: за допомогою назо-інтестинального зонда з кишки відсмоктується вміст і після цього через зонд в кишечник вводиться декілька разів по 0,5 літра фурациліну і його відсмоктування до появи чистої рідини. Дренуємо заочеревинні простори через люмботомічні розрізи, чепцеву сумку (марсупілізація). Операція закінчується

дренуванням черевної порожнини гумово-трубчастими дренажами і вшиванням блискавки в лапаротомну рану для прогнозованої лапаростомії.

4. Ведення післяопераційного періоду. Не будемо зупинятися на деталізації медикаментозної терапії, яка призначається з метою боротьби з інтоксикацією, поліорганною недостатністю, запальним процесом і корекцією функцій всіх органів і систем. Ми хочемо акцентувати увагу на санації перитоніту, яку необхідно починати через 18 – 24 години після операції. Відкривається черевна порожнина, санується розчином теплою антисептика (дезмістин, хлоргексидин, декасан, фурацилін). Через інтубаційний зонд проводиться санація кишки теплим розчином фурациліну, ромашки 3-4 рази на добу. Всіх хворих після операцій з приводу гострого панкреатиту стараємося вести під перидуральною анестезією (коли дозволяє рівень артеріального тиску). Вона знімає біль, що зменшує кратність введення наркотичних анальгетиків, стимулює роботу кишечника. Запропонована схема розроблена в клініці і може бути альтернативою при цій важкій патології.

З 2009 року ми керуємося вищеописаною тактикою лікування. Спостереження показали наступне: при поступленні хворих лікування було спрямоване на усунення або пригнічення патологічного процесу в підшлунковій залозі, виведення хворого з стану панкреатогенної та алкогольної токсемії, попередження і лікування панкреатичного шоку, корекція наявної поліорганної недостатності, обмінних порушень, санація і дренування некротично-гнійних ускладнень. Лікування ГП аліментарної природи має цілий ряд особливих принципів. Зокрема, створює можливість 2-3 доби проводити консервативне лікування, що дозволяє застосувати більш специфічні та достовірні методи діагностики. Тому, після 2-3 денного консервативного лікування з додатковими обстеженнями, в разі прогресування хвороби проводили лапароскопічну діагностику з наступною санацією та дренуванням черевної порожнини. При цьому оглядали задню стінку черевної порожнини і корінь брижі кишок на предмет наявності інфільтрату чи флегмони заочеревинного простору, а також сумки великого сальника. При наявності флегмони заочеревинного простору дренували через додаткові розрізи в поперекових ділянках з проведенням гумово-трубчатого дренажу. При виявленні набряку або некрозу чепцевої сумки, переходили на відкриту лапаротомію, шляхом розширення розрізу нижче мечеподібного відростка груднини з проведенням оментопексії для дренування усіх відділів підшлункової залози гумово-трубчастими дренажами.

У 17 хворих консервативна терапія виявилася неефективною: зріз лейкоцитоз і зсув формули

вліво, підвищилися показники сечовини і креатиніну. Усі хворі прооперовані за невідкладними показаннями. П'яти пацієнтам виконане тільки малоінвазивне втручання. У трьох з них проведена холецистектомія в зв'язку з наявністю конкрементів. Дев'ять хворих прооперовані комбінованим методом: лапароскопічне дренування і санація черевної порожнини і заочеревинного простору, у чотирьох – холецистектомія і операція завершувалася накладанням марсупілізації в епігастрії з мінірозрізу. Чотирьох хворих оперували класично з лапаротомного доступу.

Померло двоє хворих з вираженими ознаками розлитого перитоніту в термінальній стадії, поліорганної недостатності.

Таким чином, застосування запропонованої методики оперативного лікування з індивідуальним підходом в кожному конкретному випадку дало можливість зменшити летальність з 23,3% до 15,2% і

скоротити термін перебування хворих в стаціонарі з 28,5 л/д до 19,3% л/д.

Висновки.

1. Гострий панкреонекроз – надзвичайно важка хірургічна патологія, яка вимагає індивідуального підходу в кожному конкретному клінічному випадку.

2. Лікування гострого панкреонекрозу складний процес, який диктує комплексний підхід і починається до операції і активно продовжується в післяопераційному періоді.

3. Запропоновані методи оперативного лікування гострого панкреонекрозу передбачають, що об'єктом втручання є не тільки підшлункова залоза, а й її ускладнення, такі як перитоніт, парез кишечника і його наслідки, абсцеси заочеревинного простору.

4. Розроблена методика комплексного лікування гострого панкреонекрозу може бути альтернативою існуючим оперативним втручанням при цій патології.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Лащевкер В.М. Острый панкреатит (клиника, диагностика, лечение) / В.М.Лащевкер. — К.: Здоров'я, 1982. — 166 с.
2. Копчак В.М. Сучасна тактика хірургічного лікування тяжких форм гострого панкреатиту / В.М. Копчак // Клінічна хірургія. — 2011. — № 5 (818). — С. 25—26.
3. Кобилецкий М.М. Мініінвазивні втручання в лікуванні деструктивного панкреатиту / М.М.Кобилецкий // Клінічна хірургія. — 2011. — № 5 (818) — С. 23.

M.G. GONCHAR, Y.M. KUCHIRKA

Ivano-Frankivsk National Medical University, Stomatological Faculty, Department of Surgery, Ivano-Frankivsk

TO THE PROBLEM OF SURGICAL TACTICS AT ACUTE PANCREATITIS

Modern surgical approaches in the treatment of acute pancreatitis, pancreonecrosis and its complications are represented at study. Individual approach, depending on the presence of complications, is recommended, on purpose to heal the focus of pathology, peritonitis, abscesses of retroperitoneal space by the means of laparoscopic epuration, combination of laparoscopy and marsupialisation and ordinary laparotomy. Offered approach enabled to reduce lethality from 22,3% to 15,2% and to reduce the term of hospital stay in on a 9,2 days.

Key words: acute pancreatitis, pancreonecrosis, surgical treatment

Стаття надійшла до редакції: 11.05.2011 р.