

Застосування відкритих операційних втручань у хворих на ускладнені псевдокісти підшлункової залози першого типу

I. A. KRYVORUCHKO, N. M. HONCHAROVA

Kharkiv National Medical University

THE APPLICATION OF OPEN SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH COMPLICATED PSEUDOCYSTS OF PANCREAS OF TYPE I

Проаналізовано результати хірургічного лікування 32 хворих з ускладненими гострими псевдокістами підшлункової залози із застосуванням відкритих втручань. Інфікування вмісту гострих псевдокіст спостерігали у 49,4 % пацієнтів, кровотечу в їх порожнину – у 16 %, компресію суміжних органів – у 16 % хворих, перфорацію псевдокісти – у 11,1 % пацієнтів, механічну жовтяницю – у 5 % осіб, панкреатогастральні нориці у – 2,5 % пацієнтів. Для лікування хворих із дисфункцією органа (SOFA >8) застосовували міні-інвазивні методики з метою декомпресії псевдокісти з метою вичікувальної тактики. Відкриті операційні втручання застосовували як основний метод хірургічного лікування (32 пацієнти) і після виконання міні-інвазивних методик та стабілізації загального стану хворого (9 пацієнтів). Хворим із SOFA від 3 до 8 виконували лапаротомію з хірургічною обробкою порожнини псевдокісти, а в подальшому, при сформуванні її стінок – формування цистоентероанастомозу. Пацієнтам із псевдокістами з тонкими стінками виконували зовнішнє дренирування їх порожнини. Ускладнення виникли у 28,1 % хворих після виконання лапаротомії як першого етапу.

Results of surgical treatment of 32 patients with complicated acute pancreatic pseudocyst using open surgery were analyzed. Infection of content of acute pseudocyst was observed in 49.4 %, bleeding into the cavity of pseudocysts – 16 %, compression of adjacent organs – 16 %, pseudocyst perforation – 11.1 %, jaundice – 5 %, pancreatic fistulas – 2.5 %. For the treatment of patients with organ dysfunction (SOFA >8) in patients with mini-invasive methods used for the purpose pseudocyst decompression to expectant tactics. Open surgery used as the primary method of surgical treatment (32 patients), and after mini-invasive procedures and stabilization of the general condition of the patient (9 patients). Patients with SOFA 3 to 8 underwent laparotomy with surgical treatment pseudocyst cavity, and subsequently, the formation of its walls – forming cystoenterostomy. Patients with pseudocyst with thin walls served their external drainage cavity. Complications occurred in 28.1 % of patients after the laparotomy, in the first stage.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гострі псевдокісти (ПК) підшлункової залози (ПЗ) є одним із найбільш частих ускладнень деструктивних форм гострого панкреатиту (ГП) та спостерігаються у 29,8–51,7 % хворих [1, 2]. Діапазон операційних втручань, які виконують при ускладнених гострих ПК ПЗ, достатньо широкий [3, 4]. Ускладнення при відкритому операційному лікуванні ПК ПЗ досягають 70 % [2]. Лікувальна тактика відносно гострих ПК ПЗ досі є дискусійною [3, 4, 5]. Із появою міні-інвазивних методик все більше хірургів схильються до їх застосування [1, 2].

Мета роботи: оптимізація хірургічного лікування ускладнених гострих псевдокіст підшлункової залози.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 32 хворих з ускладне-

ними ПК ПЗ першого типу із застосуванням відкритих втручань, які перебували у хірургічних відділеннях клініки з 2000 до 2015 року. Структура ускладнень, які спостерігалися у хворих з ПК ПЗ першого типу, наведена у таблиці 1.

Всі хворі були обстежені за загальноприйнятими методиками. При лікуванні пацієнтів із гострими ПК ПЗ враховували загальний стан хворого, вид ускладнення та рівень дисфункції органа SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Результати досліджень та їх обговорення. Для лікування хворих із дисфункцією органа (SOFA >8) у 49 хворих застосовували міні-інвазивні методики для декомпресії ПК з метою вичікувальної тактики, щоб “управляти” сепсисом або покращити загальний стан пацієнта, який необхідний для подальшого використання відкри-

Таблиця 1. Структура ускладнень псевдокіст підшлункової залози першого типу

Ускладнення	Вид втручання		Всього	
	міні-інвазивні	лапаротомні	абс.	%
Інфікування псевдокісти	24	16	40	49,4
Кровотеча в порожнину псевдокісти	9	4	13	16
Механічна жовтяниця	3	1	4	5
Перфорація псевдокісти	10	3	13	11,1
Компресія шлунка, дванадцятипалої кишки	1	8	9	16
Панкреатична нориця	2	0	2	2,5
Усього	49	32	81	100

тих втручань на ПЗ. Відкриті операційні втручання у хворих з ускладненими ПК ПЗ першого типу застосовували у двох випадках: як основний метод хірургічного лікування (32 пацієнти) і після виконання міні-інвазивних методик та стабілізації загального стану хворого (9 пацієнтів). Хворим без поліорганної недостатності або з помірною дисфункцією органа (SOFA від 3 до 8) виконували лапаротомію з хірургічною обробкою порожнини ПК, а в подальшому, при сформуванні стінок ПК – формування цистоентероанастомозу. Хворим із ПК ПЗ із тонкими стінками виконували зовнішнє дренивання їх порожнини з додатковою тампонадою великим сальником. Структуру відкритих операційних втручань наведено в таблиці 2.

Як основний метод лікування хворим з ускладненими ПК ПЗ першого типу було виконано 32 (39,5 %) лапаротомні втручання. У 5 хворих з інфікованими ПК ПЗ першого типу, з гострим панкреонекрозом (ПН) виконано лапаротомії, панкреатонекреквестректомії (ПНСЕ), зовнішнє дренивання ПК, у 2 – з формуванням оментобур-

состоми (ОБС), у тому числі в одного з використанням VAC-методики за допомогою набору пов'язок NPWT Dressing Kit, Англія. Лапаротомії із ЗД ПК ПЗ виконано в 7 хворих з інфікованими ПК ПЗ, у тому числі в одного хворого з інфікованою ПК тіла-хвоста ПЗ, з норицевою перфорацією у шлунок.

Цистопанкреатоєюностомії (ЦПЕС) виконано у 2 пацієнтів, які мали ПК зі сформованими стінками, у тому числі в одного з інфікованою ПК ПЗ, ускладненою крововиливом у її порожнину, механічною жовтяницею (доповнена холецистоєюностомією); в одного хворого – ЦПЕС на зовнішньому дренажі.

Одного госпіталізовано в клініку повторно. В анамнезі – дренивання сальникової сумки під контролем УЗД, лапаротомія, ПНСЕ, дренивання позаочеревинного простору. Через 1 місяць після операції виник напад гострого панкреатиту, ПК ПЗ, ускладнена нагноєнням та зовнішньою панкреатичною норицею. Виконано релапаротомію, зовнішнє дренивання ПК, санацію та дренивання черевної порожнини.

Таблиця 2. Структура відкритих операційних втручань, виконаних у хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози першого типу

Втручання	Кількість хворих	Ускладнення
Відкриті операційні втручання – I ЕТАП		
Некрсеквестректомії, дренивання псевдокісти	9	2
Некрсеквестректомії, оментобурсостомії (з VAC-терапією)	3(2)	3
Зовнішнє дренивання ПК ПЗ	14	2
Цистопанкреатоєюностомії	2	–
Санація та дренивання черевної порожнини	2	2
Усього	32	9
Відкриті операційні втручання – II ЕТАП		
Цистопанкреатоєюностомії	4	1
Санація та дренивання черевної порожнини	2	1
Некрсеквестректомії, оментобурсостомії	3	–
Усього	9	2

При наявності ПК ПЗ першого типу, ускладненої кровотечею у її порожнину, 2 хворим виконано лапаротомії, ПНСЕ, ОБС. В одного хворого в анамнезі виконували операції з приводу гострого змішаного ПН, ферментативного перитоніту (лапароскопічне дренування сальникової сумки, релапароскопія, редренування сальникової сумки та позаочеревинного простору зліва, пункції неускладненої ПК). У ранньому післяопераційному періоді у нього виникла панкреатична нориця (дебіт до 50 мл панкреатичного соку). Одному пацієнту з гострим розповсюдженням ПН, гострою інфікованою ПК з кровотечею у її порожнину, розповсюдженням серозно-фібринозним перитонітом, абдомінальним компартмент-синдромом, абдомінальним сепсисом виконано лапаротомію з ПНСЕ, гемостазом, тампонуванням порожнини ПК та лапаростомією з використанням VAC-методики за допомогою набору пов'язок NPWT Dressing Kit, Англія. У післяопераційному періоді сформувалася товстокишкова нориця, через контрапертуру в лівому підребер'ї встановлено дренаж. Нагноєння післяопераційних ран загоєння вторинним натягом спостерігали у 2 хворих з ПК ПЗ першого типу, ускладненими кровотечами.

Зовнішнє дренування ПК ПЗ, ускладненої кровотечею у її порожнину, на фоні гострого інфікованого ПН виконано одному хворому.

При ПК ПЗ першого типу, ускладнених перфорацією, 2 хворим виконано лапаротомії, ПНСЕ, зовнішнє дренування ПК ПЗ та черевної порожнини. В одного хворого у післяопераційному періоді виникла зовнішня гнійно-панкреатична нориця, він в анамнезі оперований із приводу гострого ПН (дренування черевної порожнини, сформувалася цистобілярна нориця).

В одного хворого з розривом ПК та розповсюдженням перитонітом виконано лапаротомію, ПНСЕ, зовнішнє дренування холедоха, лаваж та дренування черевної порожнини, зовнішнє дренування ПК ПЗ, програмований лаваж черевної порожнини.

У одного пацієнта з гострим панкреатитом, розривом ПК ПЗ, розповсюдженням фібринозно-гнійним перитонітом виконано лапаротомію, санацію та дренування черевної порожнини з програмованим лаважем черевної порожнини. У післяопераційному періоді у хворого виникли зовнішня панкреатична нориця та зовнішня кишкова нориця.

У 4 хворих із розривами ПК ПЗ, розповсюдженими перитонітами виконано лапаротомії, зовнішнє дренування ПК, санацію та дренування черевної порожнини. В одного хворого перебіг ГП

ускладнювався реактивним плевритом, який був усунутий за допомогою дренування плевральної порожнини за Бюлау. У одної хворої з гострою ПК, ускладненою розривом, парапанкреатичним піддіафрагмальним скупченням, асцитом, виконано релапаротомію з наступною санацією та дренуванням черевної порожнини.

При ПК ПЗ першого типу, ускладнених компресією шлунка та/чи дванадцятипалої кишки, 3 хворим виконано лапаротомії, зовнішнє дренування ПК ПЗ, санації та дренування черевної порожнини. В одної хворої у післяопераційному періоді виникла гіпостатична двобічна пневмонія.

Хворому з гострим дрібновогнищевим ПН, постнекротичною ПК ПЗ, ускладненою гострою механічною жовтяницею, тромбозом селезінкової вени, виконано лапаротомію, ПНСЕ, зовнішнє дренування ПК, холецистектомію.

Лапаротомні втручання проведено в 9 хворих з ускладненими ПК ПЗ першого типу як II етап після декомпресії ПК під контролем УЗД та стабілізації стану хворого.

При інфікованих ПК ПЗ як II етап лікування одному пацієнту з гострим субтотальним ПН та компресією шлунка, після пункції під контролем УЗД, стабілізації загального стану виконано лапаротомію, ПНСЕ, ОБС з тампонадою порожнини ПК за методикою клініки (Патент України на корисну модель № 95264 від 10.12.2014 "Спосіб хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози, ускладнених нагноєнням").

Пацієнту з гострим ПН, ПК ПЗ, тромбозом селезінкової вени, панкреатогенним асцитом-перитонітом після зовнішнього черезшкірного дренування як II етап на 12-ту добу виконано лапаротомію, санацію та дренування черевної порожнини та у зв'язку з прогресуванням перитоніту через 14 діб – релапаротомію, санацію та редренування черевної порожнини. Одному хворому з гострим асептичним ПН, тромбозом селезінкової вени та вторинною портальною гіпертензією після пункції під контролем УЗД, на 9-ту добу, після стабілізації стану хворого, виконано лапаротомію, ПНСЕ з дренуванням сальникової сумки за Бегером. Одному хворому з ГП, напруженою посттравматичною ПК головки ПЗ з інфікуванням вмісту виконано пункції під контролем УЗД з метою декомпресії ПК та попередження її розриву та у подальшому, після сформування стінки ПК, виконано лапаротомію, ЦПЕС.

В одного хворого з ПК ПЗ, ускладненою компресією шлунка, після пункції ПК під контролем УЗД напруженої ПК, з метою декомпресії та попередження її розриву, після формування стінки

ПК виконано як II етап лапаротомію, ЦПЄС. У 1 хворого з тотальним інфікованим ПН, ПК ПЗ, що деформувала шлунок та ДПК, гострим розповсюдженим фібринозним перитонітом, абдомінальним сепсисом, після пункції ПК під контролем УЗД як II етап виконано лапаротомію, ПНСЕ, санацію та дренування черевної порожнини.

У 2 пацієнтів із ПК ПЗ, ускладненими кровотечею, після пункції ПК ПЗ під контролем УЗД як II етап після стабілізації стану виконано лапаротомію, ЦПЄС. У одного хворого з гострим інфікованим ПН, ПК ПЗ, ускладненою кровотечею у її порожнину та перфорацією, розповсюдженим серозно-фібринозним перитонітом, як I етап, виконано пункцію із зовнішнім дренуванням ПК під контролем УЗД за типом “pig tail”, з подальшою

лапаротомією, санацією, дренуванням черевної порожнини та тампонуванням порожнини ПК за методикою клініки як II етап (Патент України на корисну модель № 95265 від 10.12.2014. “Спосіб хірургічного лікування гострих псевдокіст підшлункової залози, ускладнених арозивною кровотечею у порожнину псевдокісти”).

Висновки. Для хірургічного лікування ускладнених гострих ПК ПЗ необхідно застосовувати диференційований індивідуальний підхід, з урахуванням загального стану хворого, виду ускладнення, ступеня дисфункції органа SOFA. Застосування міні-інвазивних технологій дозволяло відтермінувати відкриті втручання та суттєво знизити кількість післяопераційних ускладнень у цих хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Диагностика и тактика лечения незрелых постнекротических кист поджелудочной железы / Т. И. Тамм, Б. М. Даценко, А. Я. Бардюк, В. В. Непомнящий // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 4.1 (36). – С. 291–293.
2. Brun A. Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis / A. Brun, N. Agarwal, C. Pitchumoni // J. Clin. Gastroenterol. – 2011. – Vol. 45. – P. 614–625.
3. Алгоритм хірургічного лікування гострого панкреатиту / В. М. Копчак, І. В. Хомяк, В. М. Шевченко [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2014. – № 9.2. – С. 21–24.
4. Alsfasser G. Treatment of necrotizing pancreatitis: redefining the role of surgery / G. Alsfasser, F. Schwandner, A. Pertschy // World J. Surg. – 2012. – Vol. 36. – P. 1142–1147.
5. Interventions for necrotizing pancreatitis: Summary of a Multidisciplinary Consensus Conference / M. L. Freeman, J. Werner, H. C. van Santvoort [et al.] // Pancreas. – 2012. – Vol. 41, № 8. – P. 1176–1195.

Отримано 14.03.16