

**М.Ю. Ничитайло, д.м.н., професор; О.П. Кондратюк, к.м.н., В.А. Кондратюк,**  
Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ

# Мініінвазивні технології й ендоскопічні втручання у лікуванні деструктивних форм гострого панкреатиту

**Захворюваність на гострий панкреатит (ГП) з кожним роком невпинно зростає і, за різними статистичними даними, коливається від 200 до 800 випадків на мільйон населення на рік. Хворі з ГП становлять 5-10% від загальної кількості пацієнтів хірургічного профілю. Найбільше випадків такої патології припадають на працездатний вік – 30-50 років, при цьому превалюють форми, які не піддаються консервативному лікуванню і потребують оперативних втручань.**

Актуальність проблеми ГП у сучасній хірургії зумовлена, з одного боку, зростаючою частотою захворювання, а з другого – незадовільними результатами лікування. У 15-20% спостережень розвиток ГП носить деструктивний характер. За тяжкого перебігу цього ускладнення смертність сягає 20-80%.

Прогресивний ріст захворюваності, висока летальність за наявності деструктивних форм ГП, труднощі, що виникають під час діагностики, і суперечливі думки щодо тактики лікування визначають гостроту проблеми, яка розглядається.

Під час аналізу помилок у лікуванні гострого некротичного панкреатиту (ГНП) доведено невинуватість невідкладної лапаротомії у перші дні захворювання. Розширення обсягу хірургічного втручання супроводжувалося високим рівнем летальності та незадовільними віддаленими наслідками.

Ми проаналізували результати виконання повторної лапаротомії після здійснення раннього лапаротомного втручання з приводу ГНП. У разі виникнення септичного шоку і синдрому поліорганної недостатності вже на 6-7-му добу летальність сягала 65,0%, незважаючи на виконання повторної операції. Розширення обсягу повторного хірургічного втручання (резекція підшлункової залози, некректомія, дренування заочеревинного простору, широка бурсостомія) не сприяли лікувальному прогресу, а летальність коливалася у межах 40-45%.

Хірургічна тактика лікування хворих з ГНП сьогодні не визначена до кінця. Дані літератури щодо вибору оптимальних термінів виконання і характеру оперативного втручання часто суперечливі. Не менш актуальними є питання використання мініінвазивних методик у хворих з ГНП як на ранніх стадіях захворювання, так і під час ускладнень. Потребують подальшого розв'язання актуальні питання здійснення хірургічних втручань у період ускладнень інфікованого панкреонекрозу.

Відсутність у сучасній панкреатології єдиної хірургічної тактики щодо терміну, методу, вибору оптимального обсягу операції з приводу ГНП і шляхів їх завершення, а також висока летальність підкреслюють безперечну актуальність і необхідність подальшого вивчення клінічних аспектів цієї патології.

Мета роботи – знизити летальність і частоту гнійно-некротичних ускладнень у хворих з ГНП шляхом комплексного підходу з використанням мініінвазивних технологій і ендоскопічних втручань.

## Матеріали і методи

Ми проаналізували результати хірургічного лікування 127 пацієнтів з ГП на ранніх стадіях асептичного некрозу і секвестрації та 42 пацієнтів з інфікованим панкреонекрозом, яких прооперували в Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України. Середній вік хворих – 55,2±2,7 року. Серед пацієнтів було 89 (58,0%) чоловіків і 71 (42,0%) жінка. Було проведено загальноклінічні, лабораторні обстеження, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, комп'ютерну томографію та за показаннями ендоскопічну

ретроградну холангіопанкреатографію. Ступінь важкості та стадію патологічного процесу визначали з урахуванням критеріїв класифікації, прийнятої в Атланті (США).

## Результати й обговорення

За етіологічною структурою алкогольно-аліментарний панкреатит діагностували у 102 (60,4%), а біліарний панкреатит у 67 (39,6%) хворих. Тривалість захворювання коливалася у межах від 1 до 9 діб з моменту маніфестації болювого приступу до етапу госпіталізації. На 1-3-тю добу від початку захворювання госпіталізовано 27 (16,0%), на 4-6-ту – 87 (51,5%), на 7-9-ту – 55 (32,5%) обстежених.

Лікували пацієнтів згідно з розробленим діагностично-лікувальним алгоритмом. На першому етапі лікування було спрямоване на зниження секреції підшлункової залози, покращення реологічних властивостей крові, антибіотикопрофілактику й антибіотикотерапію, профілактику тромбоемболічних ускладнень.

Мініінвазивні втручання у хворих з деструктивними формами ГП проводили з метою санації черевної порожнини, ліквідації гострих рідинних утворень у салникової сумці, а також ліквідації причини обтураційної жовтяниці, відновлення пасажу жовчі.

Різноманітність форм деструктивного панкреатиту зумовила застосування різних видів мініінвазивних втручань: черезшкірні пункції та дренування під контролем ультразвуку, лапароскопічна холецистектомія, яка за показаннями доповнювалася дренуванням холедоха й ендоскопічною папілотомією, лапароскопічні некрсеквестректомії і дренування заочеревинного простору.

За наявності механічної жовтяниці та холангіту, що було підтверджено результатами УЗД, ендоскопічну папілосфінктеротомію провели у 28 (16,6%) пацієнтів.

Черезшкірні пункційно-дренуючі втручання під контролем ультразвуку як початковий етап хірургічного лікування виконали у 115 (60,0%) пацієнтів з гострим парапанкреатичним накопиченням рідини, сформованим парапанкреатичним абсцесом і за наявності піддіафрагмальних абсцесів. Один раз черезшкірні пункційно-дренуючі втручання під контролем ультразвуку виконали у 34 (20,1%); два рази – у 108 (63,9%), тричі та більше – у 27 (16,0%) випадках.

Втручання включали аспірацію патологічного вмісту, санацію порожнини розчинами антисептиків, що дало змогу зменшити інтоксикаційний синдром, зменшити частоту розвитку і прогресування гнійних ускладнень. Критерієм ефективності лікувальних заходів була стабілізація стану пацієнта. В усіх пацієнтів провели бактеріологічне дослідження біоптатів з наступним призначенням цілеспрямованої антибактеріальної терапії.

Пункційно-дренуючі втручання були неефективними у 24 (14,2%) пацієнтів, що було зумовлено наявністю багатокамерних рідинних утворень, залишкових порожнин, значних секвестрів некротизованих тканин, і, як наслідок, у цих хворих виник і прогресував гнійно-некротичний панкреатит.

За наявності панкреатогенного ферментативного перитоніту у 22 (13,0%) пацієнтів методом вибору хірургічного втручання була лапароскопія, під час якої оцінювали топографію поширення патологічного процесу, об'єм ураження підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини, а потім проводили лапароскопічну санацію і дренування черевної порожнини. Такий об'єм хірургічного втручання в комплексі з інтенсивною консервативною терапією сприяв абортивному перебігу захворювання у 19 (11,2%) випадках. Однак у решти хворих відмічалася трансформація стерильного панкреонекрозу в інфікований.

У 69 (40,8%) хворих з деструктивним панкреатитом показаннями до оперативних втручань були: наростання перитонеальної симптоматики, збільшення кількості вільної рідини в черевній порожнині, прогресування вогнищ деструкції в черевній порожнині та позаочеревинному просторі, прогресування інтоксикаційного синдрому. Об'єм лапароскопічного втручання і технічні труднощі виконання оперативної корекції були зумовлені локалізацією, поширеністю і характером патологічного гнійно-некротичного процесу в підшлунковій залозі (центральної, правобічної і лівобічної типи ураження) й оточуючих тканинах.

Виконували лапароскопічну холецистектомію, санацію, панкреатонекрсеквестректомію та дренування черевної порожнини і позаочеревинного простору. Обраний метод дренування черевної порожнини визначав режим оперативної тактики. Виконання панкреатонекрсеквестректомії було спрямоване на максимально можливе видалення вогнищ некрозу та збереження топографії локалізуючих патологічних осередок структур. Поетапно видаляли некротизовані тканини підшлункової залози, як гемостатичні засоби застосовували біполярну коагуляцію, кліпування окремих судин, накладання інтракорпоральних швів, аплікацію гемостатичних пластин. У 13 (7,6%) випадках підвищеної кровоточивості підшлункової залози з метою гемостазу поряд з хірургічним гемостазом внутрішньовенно і місцево аплікаційно (орослення тканин) застосовували аналог вазопресину – терліпресину.

Основним ефектом терліпресину є виражена вазоконстрикція і швидка зупинка кровотечі. Діапазон дозування за внутрішньовенного введення коливався у межах 1-5 мг/кг маси тіла, місцево аплікаційно застосовували розчин – 0,4 мг терліпресину і 10 мл 0,9% розчину натрію хлориду. Гемостатичний ефект розвивався через 5-10 хв.

Виникнення ускладнень у післяопераційному періоді, а саме лівобічних піддіафрагмальних і підпечінкових абсцесів, абсцесів порожнини малого чіпця, були показаннями для проведення у 23 (13,6%) пацієнтів черезшкірних ехоконтрольованих пункційно-дренуючих втручань. Критерієм ефективності лікування була стабілізація стану пацієнта (зниження температури тіла, зменшення болювого синдрому, стабілізація лабораторних показників, зменшення кількості виділень і розмірів патологічного вогнища). Позитивні результати були у 19 (82,6%) пацієнтів.



М.Ю. Ничитайло

Високий ризик інтраопераційних ускладнень в 11 (6,5%) пацієнтів був зумовлений тяжким перебігом захворювання, високим ризиком ятрогенного ураження магістральних судин та органів гепатобіліарної зони. Показаннями для проведення відкритого оперативного втручання були правий і змішаний типи поширення панкреонекрозу, а також неконтрольована кровотеча, ураження порожнинного органа, прогресування патологічного процесу, септицемія, наростаюча поліорганна недостатність. У всіх випадках дренували секвестральні порожнини підшлункової залози, парапанкреатичної клітковини з наступною активною аспірацією вмісту.

Аналіз накопиченого досвіду хірургічного лікування хворих на гострий деструктивний панкреатит, диференційований вибір методу завершення оперативного втручання залежно від його клініко-морфологічної форми і топографії ураження підшлункової залози свідчить про те, що використання мініінвазивних і ендоскопічних методів у цього контингенту хворих розширює як діагностичні, так і лікувальні можливості, дає змогу відмовитися від травматичних оперативних втручань на висоті ендогенної інтоксикації, що супроводжуються високою летальністю, і в кінцевому результаті дає змогу покращити близькі та віддалені результати хірургічного лікування цього захворювання.

## Висновки

Наявність рідинних скупчень у тілі та хвості підшлункової залози, салникової сумці й заочеревинному просторі стала показанням для проведення ехоконтрольованих пункційно-дренуючих втручань, що сприяло стабілізації стану пацієнта і дало можливість уникнути хірургічних втручань на ранніх етапах розвитку захворювання у 53,8% випадків.

У разі неефективності проведеного консервативного лікування й ехоконтрольованих пункційно-дренуючих втручань, прогресування клінічних проявів гострого деструктивного панкреатиту в 14,2% пацієнтів була виконана хірургічна лапароскопія (лапароскопічна холецистектомія, дренування заочеревинного простору, етапні панкреатсеквестректомії).

Відкрите оперативне лікування у 6,5% пацієнтів було зумовлене високим ризиком інтраопераційних ускладнень, особливостями анатомічної локалізації магістральних судин гепатобіліарної зони в ділянці перехідної та голівки підшлункової залози, наростанням поліорганної недостатності.

Ехоконтрольована евакуація і санація обмежених рідинних патологічних вогнищ після проведених хірургічних втручань з приводу гострого деструктивного панкреатиту були ефективними у 13,6% хворих, що вказує на доцільність широкого впровадження цього методу в комплексному лікуванні постнекротичних ускладнень ГП.

Різноманітність варіантів анатомо-топографічних уражень підшлункової залози і характеру патоморфологічних змін у підшлунковій залозі й оточуючих тканинах за наявності гнійно-некротичних ускладнень ГП зумовлює доцільність використання того чи іншого виду хірургічного втручання, які мають бути строго уніфікованими.

Список літератури знаходиться в редакції.