

ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ПАЦІЄНТІВ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ, ШЛЯХОМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОТОКОЛІВ «FAST-TRACK SURGERY»

Дроздова А. Г.

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №2

Вступ

Згідно даних ВООЗ захворюваність гострим панкреатитом (ГП) складає 33-74 випадків на 100 тис. осіб. Стаціонарні витрати на лікування цих пацієнтів лише в США перевищують 2,5 млрд. доларів. У 8-20% випадків можливий розвиток множинної дисфункції органів (MODS), а в 10-20% – некротичні зміни підшлункової залози, що призводить до більш високої летальності (до 30%). Лише половина успіху лікування хворого із панкреонекрозом залежить від своєчасно проведеного оперативного втручання (ОВ), а інша – від адекватного лікування у післяопераційному періоді (ПП). Тому ведення таких пацієнтів у ПП залишається актуальною проблемою. Після ОВ у пацієнтів із панкреонекрозом з одного боку створюються всі умови для ліквідації ферментної токсемії, проте з іншого – хірургічний стрес може посилити прояви MODS, що у свою чергу може призвести до низки післяопераційних ускладнень, серед яких можна виділити ті, які можливо подолати лише в умовах відділення інтенсивної терапії (ВІТ). Реалізація протоколів «fast-track surgery» під час лікування пацієнтів, оперованих с приводу панкреонекрозу, допомагає поліпшити результати проведеного ОВ,

скоротити кількість ліжко-днів стаціонарного лікування, а це на пряму означає скорочення витрат без погіршення якості.

Мета дослідження

Поліпшити результати ведення ПП у пацієнтів, оперованих з приводу панкреонекрозу, шляхом реалізації протоколів «fast-track surgery».

Матеріали та методи дослідження

Були проаналізовані результати лікування 56 пацієнтів, оперованих з приводу панкреонекрозу, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ» з 2018 по 2020 роки, у віці від 22 до 69 років. Усім хворим були виконані загальноклінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові, дослідження показників коагуляційної системи крові та маркерів ендотоксикозу, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (ОЧП), оглядова рентгенографія органів грудної клітки та ОЧП, езофагогастродуоденоскопія, мультиспіральна комп'ютерна томографія, бактеріологічне дослідження випоту із черевної порожнини (ЧП). Під час лікування усіх пацієнтів була застосована тактика «step-up approach» та впроваджені принципи концепції «fast-track surgery» або мультимодальної реабілітації пацієнтів після ОВ.

Результати та обговорення

На ряду із відповідною консервативною тактикою 30 (54%) пацієнтам виконувались відеолапароскопія (ВЛС), санація та дренивання чепцевої сумки (ЧС) та ЧП, ще в 4 (7%) випадках данне втручання було доповнене люмбоскопією та дрениванням заочеревинного простору (ЗП). У 7 (12,5%) пацієнтів були виконані лапароскопічна холецистектомія, санація та дренивання ЧП та ЧС, причому в 3 із них операція була завершена

зовнішнім дрениванням холедоха. У 7 (12,5%) пацієнтів об'єм втручання включав ВЛС, розкриття, санацію та дренивання парапанкреатичних рідинних скупчень (які вже мали місце), дренивання ЧП. У 4 (7%) випадках проводились ВЛС, холецистостомія, санація та дренивання ЧС та ЧП. У 3 (5%) хворих виконувались локальна люмботомія зліва, санація та дренивання ЗП. У 1 (2%) пацієнта була виконана діагностична ВЛС, а потім у силу неможливості проведення адекватної ревізії – мінілапаротомія, панкреатонекрсеквестректомія, санація та дренивання ЧС та ЧП.

Після проведеного ОВ застосовувався наступний «етапний» спосіб ведення ПП у хворих, оперованих з приводу панкреонекрозу (патент України на корисну модель №144975, А61К31/35, А61М21/00 №u202003285; заявлено 01.06.20; опубліковано 10.11.20), що здійснюється шляхом реалізації основних засад концепції «fast-track surgery»:

Перший етап – мінімізуємо тривалість перебування хворих після ОВ у ВІТ. Для цього відразу після компенсації вітальних функцій (відсутність енцефалопатії, контроль діурезу, АТ, самостійного дихання, SaO₂, PaO₂, рівнів креатиніну та сечовини сироватки крові) пацієнти переводяться до хірургічного відділення. Другий етап – застосовуємо мультимодальну анальгезію для проведення адекватного знеболення: купірування больового синдрому шляхом пролонгації епідуральної анестезії (чим також додатково стимулюємо діяльність кишківника) на рівні ThVII-ThVIII (що стало можливо при використанні помпи для постійного введення анестетика), у сполученні із введенням парацетамолу у розчині для інфузій разом із декскетопрофеном тричі на добу. Третій етап –

активізуємо хворого. Розпочинаємо з першої доби ПП (якщо хворий ще у ВІТ, проводять вібромасаж лежачи), а на третю пацієнт вже повністю мобільний. Четвертий етап – активно залучаємо до лікувального процесу фізіотерапевтичну службу (інгаляції із розчином декаметоксину, лікувальна фізкультура, вібромасаж). П'ятий етап – пероральний прийом чистих рідин розпочинаємо у першу чи другу післяопераційну добу та раннє ентеральне харчування (з метою адекватного білково-енергетичного забезпечення). Примітка: день проведення ОВ вважаємо нульовим.

У ПП у 6 пацієнтів (10,71%) розвинулись наступні ускладнення: спайкова кишкова непрохідність (1), заочеревинна флегмона (1), вправима післяопераційна вентральна грижа (1), плеврит (2), MODS (1), сепсис (1). А середня тривалість перебування пацієнта у хірургічному відділенні склала 14,6 ліжко-дня.

Висновки

Ведення ПП у пацієнтів, оперованих з приводу панкреонекрозу, шляхом реалізації протоколів «fast-track surgery» є доцільною та корисною у повсякденній хірургічній практиці, бо значно поліпшує результати лікування цієї важкої категорії хворих. Так як хворі із панкреонекрозом – це категорія пацієнтів, що найчастіше потребують тривалого, а іноді й затяжного, та витратного стаціонарного лікування, то мультимодальна реабілітація саме цих хворих представляє собою актуальність та економічну доцільність.