



О. А. Ткаченко,
Е. В. Світлічний,
С. І. Пахолук, Я. М. Сусак

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ (5-РІЧНИЙ ДОСВІД СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЦЕНТРУ)

Київська міська клінічна
лікарня швидкої медичної
допомоги

Українська військово-медична
академія, м. Київ

Клінічна лікарня № 10 м. Києва

Національний медичний
університет імені

О. О. Богомольця, м. Київ

© Колектив авторів

Резюме. Проаналізовано результати лікування 402 хворих з гострим некротичним панкреатитом. У 197 (49 %) з них застосували малоінвазивні хірургічні технології для лікування місцевих ускладнень. Декомпресію гострої прогресуючої ексудативної інфільтрації заочеревинних клітковинних ділянок проведено у 154 (38,3 %) пацієнтів. Післяопераційний ліжко-день у середньому становив 23,3 доби. Загальна летальність – 9,2 %. Інфекційні ускладнення розвинулись у 73 (18,1 %) хворих. Летальність у разі розвитку інфекційних ускладнень дорівнювала 20,5 %, у разі секвестрнекретомій з лапаротомного доступу – 36,0 %.

Ключові слова: некротичний панкреатит, прогресуюча ексудативна інфільтрація, консервативна терапія, малоінвазивні хірургічні технології, летальність.

Вступ

Впродовж останніх десятиліть гострий панкреатит (ГП) визнано найпоширенішою та найважливішою патологією серед гастроентерологічних захворювань у Європі, Азії та Північній Америці [7, 13]. Летальність у хворих з ГП варіює від 1 до 9 %, що свідчить про відсутність єдиного алгоритму лікування та недосконалість статистичних методів дослідження [12]. У більшості хворих напад ГП вдається купірувати протягом 3–5 діб [14]. У понад 20 % пацієнтів розвивається гострий некротичний панкреатит (ГНП), який потребує комплексного лікування з використанням хірургічних, переважно малоінвазивних методів лікування [2, 9, 10]. У міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) під одним шифром K8 – гострий панкреатит зазначено два різних за патоморфологічними змінами, тяжкістю перебігу, поширенням та ускладненнями захворювання – ГП, набрякова форма, та ГП, некротична форма, що не дає змоги проводити аналіз цієї патології.

У сучасній хірургічній панкреатології принципи лікування пацієнтів з некротичним і/або інфікованим панкреатитом сформульовано у формулі «3D» (Delay, Drain, Derbide - вдрочування, дренивання, видалення), що передбачає послідовність і пріоритетність застосовуваних методів [11]. Останніми десятиріччями алгоритм лікування пацієнтів з ГНП змінився з некретомії з лапаротомного доступу на консервативне лікування та широке застосування малоінвазивних технологій [1, 5]. У 1998 р. Греєну зі співавт. вперше описав кризьшкірне дренивання у пацієнтів з [8]. Ця технологія стає дедалі популярнішою як перша лінія хірургічного лікування [9].

У лікуванні хворих з ГНП важливе місце посідають малоінвазивні хірургічні технології. В окремих клініках вдається зменшити летальність при інфікованих формах панкреонекрозу до 15,4 % [6]. Застосування кризьшкірного дренивання гострих рідинних скупчень, відмежованих інфікованих та неінфікованих некротів не підлягає сумніву. Хірургічна тактика при рідинній інфільтрації заочеревинних клітковинних ділянок у гострий (до 2 тиж) період ГНП потребує вдосконалення та доопрацювання.

Мета роботи

Проаналізувати результати лікування хворих на гострий некротичний панкреатит у спеціалізованому хірургічному відділенні.

Матеріали та методи досліджень

У період з 2012 р. до вересня 2016 р. у Центрі хірургії печінки, жовчних проток та підшлункової залози (хірургічному відділенні № 2) Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги проліковано 402 (5,2 % від 7717) пацієнтів з ГНП. Усіх хворих лікували згідно із затвердженим алгоритмом та місцевим протоколом [3]. Хворим проводили комплекс загальноклінічних, лабораторних обстежень, інструментальну діагностику (ультразвукове дослідження (УЗД), спіральна комп'ютерна томографія (СКТ), фіброгастро-дуоденоскопія (ФГДС), рентгенографія органів черевної та грудної порожнини).

Після госпіталізації лікування 313 (77,8 %) хворих проводили у відділенні реанімації та інтенсивної терапії загальної профілю (ВРІТ ЗП), решту пацієнтів переведено з відділення хірургії протягом (18,0±6,7) год у зв'язку з погіршенням стану.

Оцінку ступеня тяжкості стану пацієнтів з ГНП здійснювали за шкалою BISAP (Bed-side Index Severity Acute Pancreatitis), класифікацією Атланти (2012), органну дисфункцію – за шкалою SOFA та модифікованою шкалою Marshall [9].

У ВРІТ ЗП усім хворим проводили базисне лікування, яке передбачало:

1. Лікування гіповолемічного шоку.

1.1. Рідинну ресуститацію (перша доба – 65–100 мл рідини/кг маси тіла на добу, друга доба – 40–65мл рідини/кг маси тіла на добу);

1.2. Інотропну підтримку.

2. Знеболювання і забезпечення роботи кишечника.

2.1. Тривалу епідуральну аналгезію.

3. Створення функціонального спокою підшлункової залози та профілактику стресових виразок (інгібітори протонної помпи (пантопразол у дозі 80–160 мг/добу).

4. Інгібітори протеази (з 2017 р. застосовували уліностатин у дозі 100 тис. ОД двічі на добу протягом перших 5 діб після госпіталізації).

5. Антибіотикопрофілактику/терапію (при виконанні лапароцентезу, пункцій гострих рідинних скупчень – профілактика внутрішньолікарняної інфекції. У хворих з інфекційними ускладненнями застосовували карбопенемі та ертапенемі).

6. Ентеральне зондове введення розчинів (0,9 %NaCl, стерофундін (до 25 % від об'єму рідини, яку водили) протягом перших двох діб, «Пептамен[®]», «Фрезубин[®]»).

7. Очищення кишечника.

8. Симптоматичну терапію.

Середній термін перебування у ВРІТ ЗП становив 2,3 доби.

У 353 (87,8 %) пацієнтів застосовано правило «чотирьох катетерів» за Я. М. Сусаком (2010) (катетеризація центральної вени (перевагу віддають v. jugularis int.), епідурального простору на рівні Th₇₋₉, для тривалого знеболювання, ФГДС з візуалізацією р. Vatera та встановлення зонда для харчування в порожню кишку, лапароцентез під ультразвуковим контролем з дренажуванням мікроіригатором за наявності рідини в очеревинній порожнині і/або симптомів подразнення очеревини). Протягом перших 24–36 год від початку захворювання правило «чотирьох катетерів» застосовано у 74 (18,4 %) пацієнтів, у решти – в пізніші терміни.

У перші три доби за наявності гіперліпідемії та наростанні явищ інтоксикації на тлі базисної терапії у 20 (4,9 %) хворих застосовано екстракорпоральні методи детоксикації (гемосорбція на антипротеазному сорбенті «Ово-сорб», неселективний плазмаферез).

Протягом усього періоду лікування для створення функціонального спокою підшлункової залози, профілактики стресових виразок та зменшення міжмедикаментозних взаємодій застосовували інгібітори протонної помпи (пантопразол). Для профілактики інфекційних ускладнень хворим призначали антибактеріальні препарати широкого спектру дії у поєднанні з антипротозойними та антимікробними засобами. За відсутності інфекційних ускладнень з 10–12-ї доби антибіотикопрофілактику припиняли. З 12–14-ї доби при виникненні гнійно-септичних ускладнень призначали антибактеріальну терапію.

«Першу лінію» хірургічного лікування пацієнтів з ГНП за наявності місцевих ускладнень становили пункційно-дренувальні технології під ультразвуковим контролем. За їх неефективності після формування обмежених рідинних скупчень (починаючи з 28-ї доби від початку захворювання) застосовували ендоскопічну, лапароскопічну або «відкриту» (з міні-лапаротомного або лапаротомного доступу) некрсеквестрентомію.

Результати досліджень та обговорення

Тяжкість стану пацієнтів з ГНМ за шкалою BISAP у середньому становила 3,7 бала. За класифікацією Атланти (2012) у 343 (85,3 %) хворих діагностовано середній ступінь тяжкості, у 59 (14,7 %) – тяжкий.

Під час лапароцентезу було евакуйовано в середньому (285,0±152,0) мл рідини, протягом наступних трьох діб – (145,0±84,0) мл. Середній рівень α-амілази у ферментативному випоті з черевної порожнини дорівнював 235 г/г. Після лапароцентезу спостерігали зменшення інтенсивності симптомів інтоксикації та зникнення виявів ферментативного перитоніту. В середньому на (4±2) добу катетер було видалено.

З 20 (4,9 %) хворих, у яких було застосовано екстракорпоральні методи терапії, в 12 (60 %) зникли явища інтоксикації та відновився ментальний статус, у решти екстракорпоральні методи детоксикації було застосовано повторно, що дало змогу отримати позитивний ефект.

Перипанкреатичний інфільтрат сформувався у 368 (91,5 %) хворих, з них у 171 (46,4 %) після консервативного лікування він розсмоктався, у решти 197 (53,5%) мало місце місцево ускладнення. Гостре некротичне скупчення рідини в заочеревинних клітковинних ділянках діагностовано у 154 (78,1%) (рис. 1). Цим хворим проведено малоінвазивне транскутанне дренажування патологічних рідинних вогнищ під контролем сонографії. Пункційно-дренувальні втручання виконували під місцевою анестезією 2 % розчином лідокаїну (4–6 мл) одномоментним троакарним способом або



двоментним за Сельдингером. Для дренивання рідинних вогнищ застосовували прямі катетери або типу Pigtail. Діаметр дренажних трубок залежав від характеру вмісту та наявності секвестрів. Методика дренивання передбачала фракційну санацію з пасивною або активною аспірацією або проточно-промивну. Критеріями ефективності роботи дренажної системи вважали можливість адекватної санації вогнища, прогресивне зменшення об'єму ексудату, відсутність скупчення рідини за даними УЗД-моніторингу при позитивній динаміці клінічних та лабораторних показників (рис. 2).



Рис. 1. Гостре рідинне скупчення в чепцевій сумці. Візуалізується катетером типу Pigtail у порожнині



Рис. 2. Гостре рідинне скупчення в чепцевій сумці. Сонограма після аспірації вмісту

У 123 (64 %) хворих виявлено гостру прогресуючу ексудативну інфільтрацію заочеревинних клітковинних ділянок. При ультразвуковому скануванні правого або лівого піддіафрагмального простору візуалізувалося нерівномірне зниження ехогенності клітковини з мікролокулярним скупченням анехогенної рідини (Рис.3). Про прогресування парапанкреатиту свідчило більше зниження ехогенності зони інфільтрації і поширення її до ділянок таза та калитки. Збільшення зон ексудативної інфільтрації на тлі консервативної терапії було показанням для виконання

декомпресії. Усім цим хворим виконано декомпресію гострої прогресуючої ексудативної інфільтрації заочеревинної клітковини, з них 28 – мультирегіонарну (3 ділянки і більше) (рис. 4). Виконання декомпресії сприяло зменшенню зон інфільтрації клітковини, поліпшенню суб'єктивного стану хворого, клінічних і лабораторних показників перебігу захворювання.

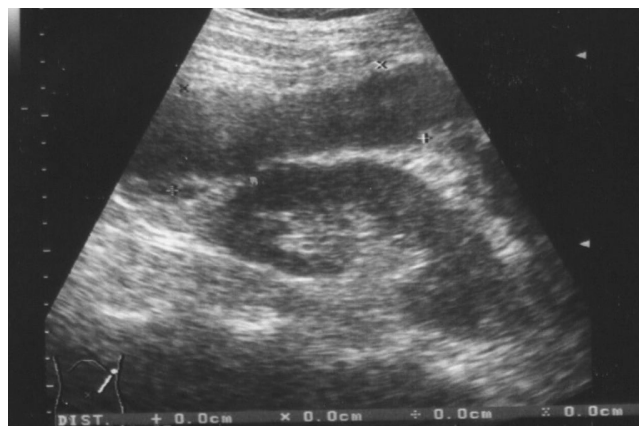


Рис. 3. Прогресуюча ексудативна інфільтрація параколярної клітковини зліва. Діагностична пункція

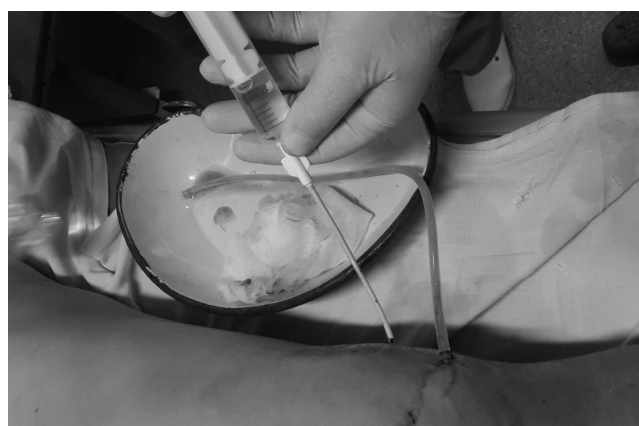


Рис. 4. Дренивання заочеревинної клітковини

У 73 (19,9 %) пацієнтів розвинулися інфекційні ускладнення. Першою лінією хірургічних технологій у них було дренивання під контролем УЗД за допомогою катетера типу Pigtail. У 43 (58,1 %) хворих дренивання було ефективним, решту хворих прооперували відкритим способом (некрсеквестрэктомія з лапаротомного доступу). Інфіковані ділянки заочеревинної клітковини було широко дреновано з встановленням систем для промивання із застосуванням активних відсмоктувачів. Дренажі проводили лише ретроперитонеально до товстої кишки. Прооперованих хворих вели «закритим» способом без формування лапаротом. Релапаротомію виконано у 3 хворих з приводу арозивних кровотеч.

У 20 (4,9 %) хворих спостерігали фульмінантний перебіг хвороби. У цих пацієнтів ма-



ло місце ураження всіх ділянок заочеревинної клітковини, прогресуюче первинне «розплавлення» заочеревинної клітковини, синдром поліорганної недостатності, відсутність ефекту від «базасної» терапії, малоінвазивних технологій. Малоінвазивні методи дренування застосовано у 15 (75 %) пацієнтів. Розкриття флегмони заочеревинного простору з лапаротомного доступу виконано у 5 (25 %) хворих. Кількість летальних наслідків при фульмінантному «злоякісному» перебігу ГНП – 18 (90 %).

Кровотеч із гострих ерозій або виразок шлунка чи дванадцятипалої кишки у хворих з ГНП не зафіксовано. Кровотеча із ерозії судин заочеревинного простору виникла у трьох пацієнтів. Її було зупинено під час релапаротомії.

Післяопераційний ліжко-день у середньому становив 23,3 доби. Загальна летальність –

9,2 %. Інфекційні ускладнення розвинулись у 73 (19,9 %) хворих. Летальність у разі розвитку інфекційних ускладнень дорівнювала 20,5 %, у разі «відкритих» секвестрнекректомій – 36,0 %.

Висновки

Лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом необхідно проводити у спеціалізованому хірургічному відділенні.

Основою лікування хворих на гострий некротичний панкреатит є консервативна терапія та малоінвазивні хірургічні технології, що дає змогу знизити летальність до 9,2 %.

Декомпресія гострої прогресуючої інфільтрації заочеревинних клітковинних ділянок сприяє зменшенню об'єму запально-го процесу, болювого та інтоксикаційного синдрому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дронов А.И., Ковальская И.А., Горлач А.И., Уваров В.Ю. Лечебная тактика у больных с острым тяжелым некротическим панкреатитом // Хирургия. Восточная Европа. – 2014. – № 1. – С. 107–113.
2. Дронов О.І., Ковальська І.О., Пахолюк С.І., Лубенець Т.В. Застосування пункційно-дренуючих втручань під ультразвуковим контролем в лікуванні гострого некротичного панкреатиту // Укр. журн. хірургії. – 2009. – № 5. – С. 87–89.
3. Копчак В.М., Хомяк І.В., Шевченко В.М. та ін. Алгоритм хірургічного лікування гострого панкреатиту // Клін. хірургія. – 2014. – № 9.2. – С. 21–24.
4. Сусак Я.М., Ткаченко О.А., Згржебловська Л.В. та ін. Алгоритм лікування пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом в умовах спеціалізованого відділення багатопрофільної лікарні: Метод. рекомендації. – К.: Наук. світ, 2017. – С. 25.
5. Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C. et al. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of Acute Pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus // Gut. – 2013. – Vol. 62. – P. 102-111.
6. Besselink M.G. The step-up approach to infected necrotizing pancreatitis: delay, drain, debride // Dig Liver Dis. – 2011. – Vol. 43 (6). – P. 421–422.
7. Farthing M., Roberts S.E., Samuel D.G., et al. Survey of digestive health across Europe: final report. Part 1: the burden of gastrointestinal diseases and the organisation and delivery of gastroenterology services across Europe // United European Gastroenterol J. – 2014. – Vol. 2. – P. 539-543.
8. Freeny P.C., Hauptmann E., Althaus S.J. et al. Percutaneous CT-guided catheter drainage of infected acute necrotizing pancreatitis: techniques and results // Am J Roentgenol. – 1998. – Vol. 170. – P. 969–975.
9. Kokosis G., Perez A., Pappas T.N. Surgical management of necrotizing pancreatitis: An overview // World J Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20 (43). – P. 16106–16112.
10. Pannala R., Ross A.S. Pancreatic endotherapy and necrosectomy // Curr Treat Options Gastroenterol. – 2012. – Vol. 13. – P. 185-197.
11. Peery A.F., Dellon E.S., Lund J. et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update // Gastroenterol. – 2012. – Vol. 143. – P. 1179–1187.
12. Rana S., Sharma V., Sharma R. et al. Endoscopic ultrasound guided transmural drainage of walled off pancreatic necrosis using a “step-up” approach: A single centre experience // Pancreatolgy 2017. Vol.17, N 2. – P. 203-208.
13. Roberts S., Morrison-Rees S., John A. et al. The incidence and aetiology of acute pancreatitis across Europe // Pancreatolgy 2017. Vol.17, N 2. – P. 155-165.
14. Van Baal M.C., van Santvoort H.C., Bollen T.L. et al. Systematic review of percutaneous catheter drainage as primary treatment for necrotizing pancreatitis // Br J Surg. – 2011. – Vol. 98. – P. 18–27.



ОТДЕЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ
НЕКРОТИЧЕСКИМ
ПАНКРЕАТИТОМ
(5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
ЦЕНТРА)

*А. А. Ткаченко,
Е. В. Светличный,
С. И. Пахолок,
Я. М. Сусак*

Резюме. Проанализированы результаты лечения 402 больных с острым некротическим панкреатитом. У 197 (49 %) из них применили малоинвазивные хирургические технологии для лечения местных осложнений. Декомпрессию острой прогрессирующей экссудативной инфильтрации забрюшинных клетчаточных участков проведено у 154 (38,3 %) пациентов. Послеоперационный койко-день составил в среднем 23,3 суток. Общая летальность – 9,2 %. Инфекционные осложнения развились у 73 (19,9 %) больных. Летальность в случае развития инфекционных осложнений составила 20,5 %, при секвестрэктомиях из лапаротомного доступа – 36,0 %.

Ключевые слова: некротический панкреатит, прогрессирующая экссудативная инфильтрация, консервативная терапия, малоинвазивные хирургические технологии, летальность.

SEPARATE ASPECTS OF
TREATMENT OF PATIENTS
WITH ACUTE NECROTIC
PANCREATITIS (5-YEAR
EXPERIENCE OF A
SPECIALIZED CENTER)

*A. A. Tkachenko,
E. V. Svetlichny,
S. I. Pakholyuk,
Ya. M. Susak*

Summary. Treatment results in 402 patients with acute necrotizing pancreatitis have been analyzed. 197 (49 %) patients underwent mini-invasive surgery for the treatment of local complications. The decompression of acute progressive exudative infiltration of retroperitoneal cellular areas was performed in 154 (38,3 %) patients. The post-operative hospital period lasted in average 23.3 days. General mortality rate was 9.2 %. In 73 (18.1 %) patients developed infectious complications, and the mortality rate due to them reached 20.5 %. The mortality after sequestrectomy by means of a laparotomic approach was 36.0 %.

Key words: necrotizing pancreatitis, progressive exudative infiltration, conservative therapy, mini-invasive surgery, mortality.