

АЛГОРИТМ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

В. М. Копчак, І. В. Хомяк, В. М. Шевченко, О. В. Кіт, А. І. Хомяк

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

ALGORITHM OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

V. M. Korchak, I. V. Chomiyak, V. M. Shevchenko, O. V. Kit, A. I. Chomiyak

Реферат

Хірургічне лікування гострого панкреатиту (ГП) є складною проблемою сучасної панкреатології. Нами проаналізовані результати лікування 788 хворих на гострий некротичний панкреатит (ГНП), які знаходились в клініці протягом шістнадцяти років. У групу порівняння включені 182 пацієнти, які знаходились на лікуванні з 1997 по 2001 рр., до основної групи увійшли 606 хворих, яких лікували у період з 2002 по 2012 рр. Нами був розроблений алгоритм хірургічного лікування гострого панкреатиту, який включає диференційований етапний підхід з покроковим застосуванням консервативної терапії, діапевтичних, лапароскопічних, мініінвазивних втручань, а при неефективності обґрунтоване проведення мінілапаротомій, мінілюмботомій, "широких" лапаротомій, релапаротомій. Дотримання даного алгоритму дозволило нам суттєво зменшити кількість ускладнень під час перебігу захворювання та в післяопераційному періоді знизити летальність. Так загальна летальність в основній групі склала 5,8%.

Ключові слова: гострий панкреатит, алгоритм етапного лікування, хірургічне лікування.

Abstract

Surgical treatment of acute pancreatitis is a challenging problem in modern pancreatology. We analyzed the results of treatment of 788 patients with acute necrotizing pancreatitis, which were in the hospital for sixteen years. The comparison group included 182 patients who were treated from 1997 to 2001 in the study group comprised 606 patients who were treated between 2002 and 2012. We have developed an algorithm for surgical treatment of acute pancreatitis, which includes differentiated step approach with step by step application of conservative therapy, diapaevtichnih, laparoscopic, minimally invasive procedures, and the ineffectiveness of reasonable conduct minilaparotomy minilyumbotomy, "wide" laparotomy, relaparotomies. Compliance with this algorithm allowed us to significantly reduce the number of complications during the course of the disease and reduce postoperative mortality. Thus the overall mortality in the study group was 5.8%.

Key words: acute pancreatitis, the algorithm stage treatment, surgical treatment.

Хірургічне лікування гострого панкреатиту (ГП) на сьогоднішній день є актуальною проблемою і продовжує привертати увагу багатьох вчених за різними напрямками досліджень. Останнім часом за розповсюдженістю ГП періодично займає друге — третє місце серед ургентних захворювань органів черевної порожнини. Інтерстиціальний набряковий панкреатит діагностується у 85% випадків, при якому перебіг прогностично сприятливий. У 15% хворих має місце ГНП, що і складає хірургічну проблему.

Недивлячись на прогрес, який відбувається в останні десятиліття в діагностиці та лікуванні, все таки ГНП відноситься до складних та небезпечних захворювань органів черевної порожнини, що потребує комплексного дорогого лікування і супроводжується стабільно високою летальністю. У ранні строки помирають 41—49% хворих від ендогенної інтоксикації, крайнім проявом якої є панкреатогенний шок. У пізній період смертність складає 51—59%, а при ускладнених гнійно—деструктивних формах — до 70% [1, 2, 6].

Робочою групою під керівництвом Р. А. Banks у 2012 році був розроблений варіант класифікації ГП. Дана класифікація дала змогу більш глибоко зрозуміти прояви гострого панкреатиту, розмежувати форми захворювання за типом розвитку ускладнень та визначити морфологічні зміни підшлункової залози і парапанкреатич-

них тканин. Оновлена класифікація визначає критерії для діагностики ГП, виділяє два типи гострого панкреатиту (інтерстиціальний набряковий панкреатит і некротичний панкреатит), класифікує ГП за трьома ступенями тяжкості, залежно від ступеня тяжкості (легкий, помірно тяжкий і тяжкий), а також визначає морфологічні форми змін підшлункової залози й парапанкреатичних тканин, які виникають в результаті перебігу захворювання (гостре скупчення парапанкреатичної рідини, псевдокіста підшлункової залози, гостре дифузне скупчення некротичних тканин та відмежований некроз підшлункової залози) [3—5].

Надзвичайно важливе значення в лікуванні хворих на ГНП мають прогнозування й оцінка тяжкості захворювання, які дозволяють визначити групу пацієнтів, що потребують інтенсивної терапії в умовах реанімаційного відділення, а також проведення різних типів оперативних втручань. Тяжкість стану хворих обумовлена розвитком органної та поліорганної недостатності, однією з причин яких є розвиток синдрому внутрішньочеревної гіпертензії (СВЧГ) [7, 10]. Загальноновизнаними є прогностичні системи Ranson, APACHE—II, Marchall, які забезпечують точність прогнозування в 70—80% пацієнтів. Предметом обговорення залишаються визначення показань і термінів виконання хірургічних втручань, обсяг і технічні прийоми операцій, а також низка

питань стосовно алгоритму хірургічного лікування гострого панкреатиту [8, 10, 11].

Не дивлячись на значний прогрес, який досягнутий в останні десятиліття у лікуванні хворих на ГП, суттєвого покращення зі зменшенням летальності досягти не вдалося.

Метою даного дослідження є покращення результатів хірургічного лікування ГП, шляхом розробки та дотримання оптимального алгоритму хірургічного лікування гострого панкреатиту, який відповідає фазовому перебігу захворювання. Гострий панкреатит ми розглядаємо як фазове захворювання, і тому лікування призначали відповідно до фаз його перебігу — ферментативної, реактивної, фази розплавлення і секвестрації, фази реституції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В даному дослідженні нами проаналізовані результати лікування 788 хворих, з приводу ГНП в період з 1997 по 2012 рр. До основної групи увійшли 606 хворих, які лікувались з дотриманням розробленого нами алгоритму за період з 2002 по 2012 рр.

Вік хворих варіював від 18 до 79 років, при цьому жінок було 174 (22,08%), а чоловіків 614 (77,91%) (див. таблицю).

Здебільшого переважали хворі вікової групи від 41 до 50 років, що закономірно при гострих захворюваннях підшлункової залози. Асептичні форми некротичного панкреатиту в основній групі відзначали у 407 (67,18%) хворих, у контрольній — у 107 (58,79%). Гнійно-септичні ускладнення спостерігали у 199 (32,82%) хворих основної групи і у 75 (41,21%) хворих контрольної групи. Загалом за 16-річний період у 483 (61,29%) пацієнтів діагностовано асептичний перебіг захворювання, у 306 (32,87%) — інфіковані форми гострого некротичного панкреатиту.

Починаючи з 2010 року 78 пацієнтам провели вимірювання внутрішньочеревного тиску, з врахуванням ступеня ВЧГ відповідно до розробленого нами алгоритму вибувалася тактика хірургічного лікування хворих на ГНП.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Алгоритм лікування при гострому некротичному панкреатиті вибирали індивідуально з урахуванням фази та особливостей перебігу захворювання. Лікування

починали з таких консервативних заходів: знеболення, корекція порушень центральної гемодинаміки і периферичного кровообігу, пригнічення секреторної активності підшлункової залози, корекція імунних розладів, дезінтоксикацій на терапія, адекватне білково-енергетичне забезпечення, профілактика гнійної інфекції, профілактика виникнення стресових виразок, гепатопротекція. З метою профілактики гнійної інфекції спочатку призначали антибіотики широкого спектру дії (здебільшого карбапенеми, які добре накопичуються в паренхімі підшлункової залози, ефективні при нирковій недостатності), надалі антибіотикотерапію проводили з урахуванням результатів бактеріологічного методу.

Застосування розробленого нами комплексу медикаментозних заходів дало змогу в 229 (37,83%) випадках досягти одужання хворих основної групи без будь-яких втручань, у тому числі й діапечивних.

Пацієнтів з внутрішньочеревною гіпертензією лікували шляхом декомпресії шлунка за допомогою шлуково-кишкового зонду, дренування черевної порожнини черезшкірними втручаннями під контролем ультрасонографії, здійснювали ендоскопічні втручання під контролем Ендо-УЗД, при неефективності малоінвазивних методів виконували лапароскопічні, мінілапаротомії, лапароцентез екстренну декомпресивну лапаротомію. ферментативну фазу захворювання методом вибору вважали санацію та дренування черевної порожнини під відеолапароскопічним контролем.

Черезшкірні втручання під контролем ультрасонографії виконано у 252 (41,59%) хворих основної групи, у 9 хворих пункція та санація патологічного вогнища виконана під контролем ендосонографії.

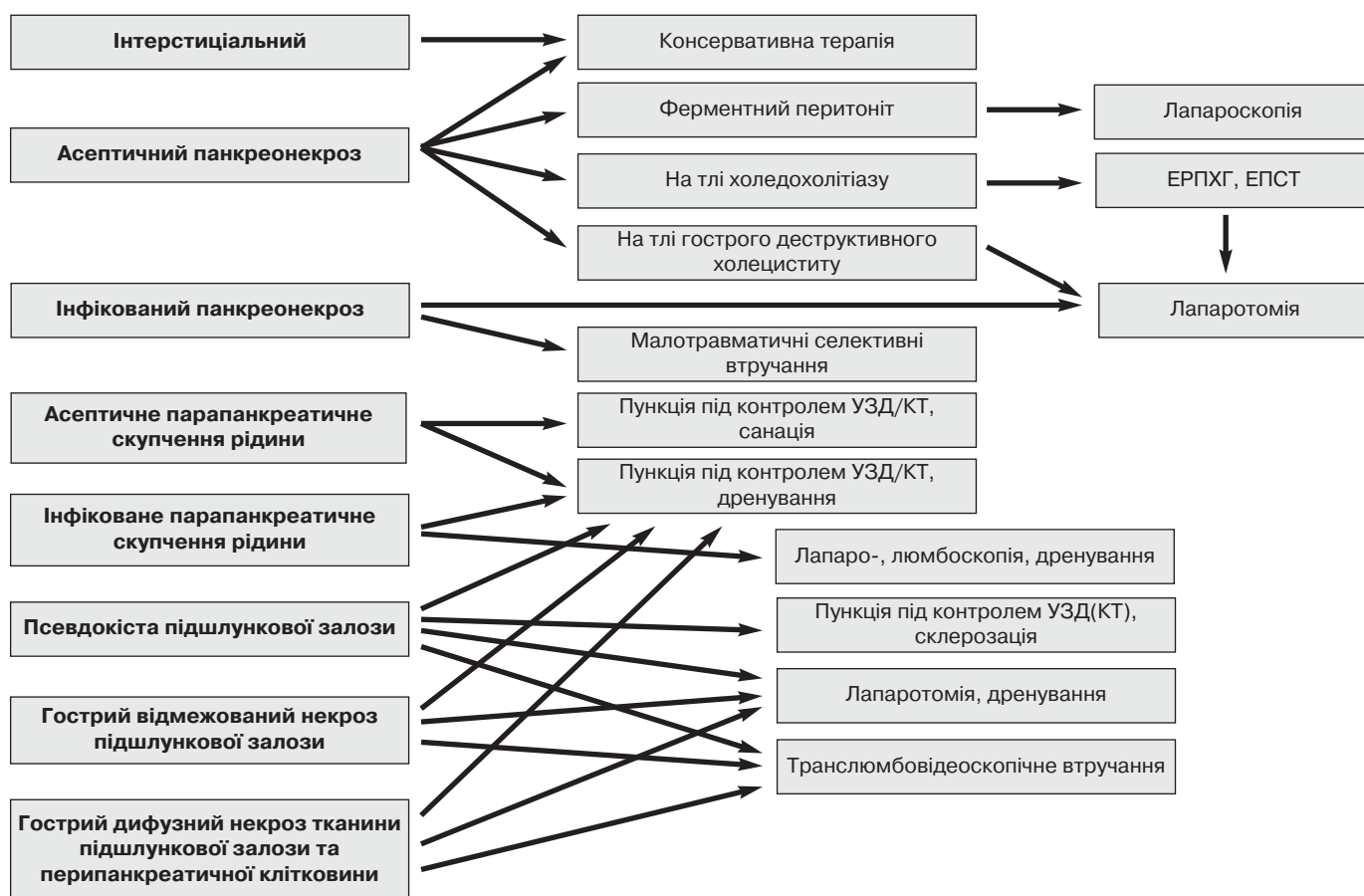
Застосування мініінвазивних втручань під контролем УЗД дозволило стабілізувати стан у 235 (38,77%) хворим основної групи, що проявлялося значним поліпшенням клініко-лабораторних показників дані втручання виявились остаточною у 104 (17,17%) пацієнтів.

При ураженні заочеревинної клітковини для санації та дренування патологічного вогнища нами вперше в Україні у 14 хворих на ГНП, застосовано селективне транслюмбальне ретроперитонеовідеоскопічне втручання за допомогою нефроскопа.

У 18 (2,97%) хворих основної групи з обмеженими локалізованими вогнищевими ураженнями підшлункової залози і парапанкреатичного простору виконано се-

Розподіл хворих за статтю та віком

Вік, років	Число хворих								Разом
	група порівняння (n=182)		основна група (n=606)		чоловіки		жінки		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
До 31	29	15,93	107	17,57	109	17,79	27	15,53	136
31-40	47	25,82	149	24,55	170	27,7	26	14,94	196
41-50	60	32,97	191	31,52	207	33,62	44	25,29	251
51-60	25	13,74	118	19,38	89	14,53	54	31,03	143
61-70	14	7,69	36	6,02	32	5,21	18	10,34	50
Понад 75	7	3,85	5	0,78	7	1,08	5	2,87	12
Всього ...	182		606		614		174		788



лективні мінілапаротомні та мінілюмботомічні втручання. Показаннями до виконання цих втручань слугували відмежовані локальні інфіковані скупчення рідини підшлункової залози та заочеревинного простору.

Показаннями до лапаротомії були: прогресування перитоніту, прогресування біліарного панкреатиту за наявності деструктивного калькульозного холециститу, жовтяниці, холедохолітазу, який не вдається усунути за допомогою ендоскопічної папілосфінктеротомії, погіршення стану хворого, незважаючи на проведення інтенсивної терапії, мініінвазивних втручань; інфікування вогнищ некрозу, кровотечі з вогнищ некрозу; перфорація порожнистих органів і наявність норичь; наявність іншого гострого захворювання органів черевної порожнини. Лапаротомію виконано у 209 (34,49%) хворих на гострий некротичний панкреатит з основної групи, та у 104 (57,14%) — з контрольної.

На зміну активній хірургічній тактиці в лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит нами була впроваджена вибірково — хірургічна тактика з переважанням мініінвазивних технологій над проведенням широких відкритих лапаротомій. Саме дотримання та-

кого алгоритму хірургічного лікування дало змогу значно зменшити загальну та післяопераційну летальність, кількість ускладнень у пацієнтів з такою тяжкою патологією, якою є ГНП. Летальність в основній групі хворих при ГНП склала 5,11%, ускладнення в основній групі вдалось знизити в 2,6 рази.

На підставі проведеного дослідження нами розроблений та впроваджений в клінічну практику алгоритм хірургічного лікування гострого панкреатиту (див. рисунок).

ВИСНОВКИ

1. Застосування розробленого нами комплексу медикаментозних заходів, урахування ступеня внутрішньочеревної гіпертензії, широке впровадження селективних малотравматичних відеоендоскопічних втручань, дало змогу запобігти розвитку тяжких ускладнень гострого панкреатиту.

2. Диференційований індивідуальний підхід, дотримання етапності в лікуванні з врахуванням фаз захворювання, дозволили суттєво покращити результати хірургічного лікування гострого панкреатиту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пугаев А. В. Острый панкреатит / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. — М.: Профиль, 2007. — 336 с.
2. Brun A. Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis / A. Brun, N. Agarwal, C. Pitchumoni // J. Clin. Gastroenterol. — 2011. — N 45. — P.614—625.
3. Classification of acute pancreatitis—2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / P. A. Banks, T. L. Bollen, C. Dervenis [et al.] // Gut. — 2013. — N 62. — P.102—111.
4. Thoeni R. F. The revised Atlanta classification of acute pancreatitis: its importance for the radiologist and its effect on treatment / R. F. Thoeni // Radiology. — 2012. — №262. — P. 751—764.
5. Determinant—based classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation / E. P. Dellinger, C. E. Forsmark, P. E. Layer [et al.] // Ann. Surg. Published Online First: 24 Sept 2012.
6. Оценка тяжести состояния хирургического больного / В. А. Сипливый, А. И. Дронов, Е. В. Конь, Д. В. Евтушенко. — К.: Майстерня книги, 2009. — 128 с.
7. Demmy T. L. Comparison of multiple—parameter prognostic systems in acute pancreatitis / T. L. Demmy // Am. J. Surg. 2007. — Vol. 156. — P. 492—496.
8. Alfonso V. Value of C—reactive protein level in the detection of necrosis in acute pancreatitis / V. Alfonso // Gastroenterol. Hepatol. 2007. — Vol. 26, N 5. —P. 288—293.
9. Литвин А. А. Современные тенденции в хирургическом лечении острого некротизирующего панкреатита и инфицированного панкреонекроза / А. А. Литвин, В. М. Хоха // Вестник клуба панкреатологов. — 2012. — №15. — С. 31—35.
10. Organ failure and infection of pancreatic necrosis as determinants of mortality in patients with acute pancreatitis / M. S. Petrov, S. Shanbhag, M. Chakraborty [et al.] // Gastroenterology. — 2010. — N 139. — P. 813—820.
11. A step—up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis (PANTER trial) / van H. C. Santvoort, M. G. Besselink, O. J. Bakker [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2010. — № 362. — P.1491—1502.

