

ЗМІНИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

О. В. Костирной, А. В. Косенко, Імад Мохамед Абдел С. К. Байомі
Медична академія імені С. І. Георгієвського, м. Сімферополь

CHANGES OF A TREATMENT PROGRAM FOR AN ACUTE PANCREATITIS

O. V. Kostyrnoy, A. V. Kosenko, Imad Mokhamed Abdel S. K. Bayomi

У 1952 р. хірургічні школи мали недостатній досвід лікування ГП. Було описано до 400 спостережень захворювання. При виникненні ГНУ ГП не було єдиного тактико-технічного підходу до лікування. ГНУ є найбільш складними при лікуванні, супроводжуються високою післяопераційною летальністю [1, 2].

Лікування хворих з приводу ГНУ ГП має бути індивідуальним, залежно від варіантів ураження органів черевної порожнини і заочеревинного простору.

На жаль, в рекомендаціях Американської панкреатологічної школи і за прийнятою в Україні класифікацією ГП (Atlanta, 1992) є лише посилення на локалізовані форми НП (інфікований панкреонекроз, абсцес ПЗ, інфікована псевдокіста ПЗ) [1, 2]. Всі ускладнені форми НП (з схильністю до поширення процесу) не розглядалися, хоча саме вони є основною проблемою НП.

В останні роки методи комплексного лікування НП посилені сучасними засобами, що блокують секрецію ПЗ, на тлі зменшення частоти виконання втручань в ранні строки захворювання.

Раціональне розкриття й дренажування флегмони заочеревинного простору з подальшим закритим проточним лаважем доповнені новими методиками, в тому числі застосуванням програмованої некрсеквестректомії через сформовану оментобурсостому, а також мініінвазивних лапароскопічних технологій. Широко застосовують пункційні методики лікування ускладнених постнекротичних кіст ПЗ і інфікованого панкреатиту.

Реферат

Для покращення результатів лікування некротичного панкреатиту (НП) розроблено патогенетично обґрунтовану програму його комплексної діагностики, профілактики й лікування гнійно-некротичних ускладнень (ГНУ). З метою вивчення патогенезу ГНУ НП й апробації нових препаратів місцевого лікування проведено не експериментальне моделювання захворювання. Доведено, що під час перебігу захворювання порушується цілісність протокової системи підшлункової залози (ПЗ). Проаналізований 42-літній досвід лікування гострого панкреатиту (ГП). У I період (1970 — 1980) застосовували оперативні втручання; у II період (1981 — 1991) — науково-обґрунтовану консервативну терапію; у III період (1992 — 2000) — розширені можливості діагностичних методик, оперативні втручання виконували за суворими показаннями. Встановлено, що основною причиною виникнення ГНУ є вторинна мікробна контамінація на 3 — 5-ту добу після втручання, пряма маніпуляція на ПЗ неприпустимі; одноразової хірургічної обробки вогнищ некрозу недостатньо; оптимальною операцією є етапна некрсеквестректомія.

Ключові слова: гострий панкреатит; некротичний панкреатит; хірургічне лікування.

Abstract

Pathogenetically substantiated program of complex diagnosis, prophylaxis and treatment of purulent—necrotic complications (PNC) was elaborated for improvement of results of the necrotic pancreatitis treatment. With the objective to study the PNC pathogenesis and aprobatation of new preparations for local treatment the experimental simulation of the disease was accomplished. There was proved, that during the disease course the integrity of pancreatic ductal system is disordered. A 42-year experience of treatment of an acute pancreatitis was analyzed. In I period (1970 — 1980) the operative interventions were conducted; in II period (1981 — 1991) — a scientifically substantiated conservative therapy; in III period (1992 — 2000) — the diagnostic procedures possibilities were extended, and operative intervention were performed in accordance to severe indications. There was established, that the main cause of PNC is a secondary microbial contamination occurrence on the third—fifth postoperative days, the immediate manipulations on pancreatic gland are forbidden; a one-time surgical processing of the necrosis foci is insufficient; the staged necrsequestrectomy constitutes the optimal operation.

Key words: acute pancreatitis; necrotic pancreatitis; surgical treatment.

Разом з тим, залишаються суперечливими основні питання хірургічної тактики при ГП у фазі гнійних ускладнень: відсутні чіткі показання та критерії визначення оптимальних строків виконання оперативного втручання, його характеру й обсягу; варіантів завершення втручання; стану дренажування, особливо за поширеного гнійно-некротичного процесу.

Критично та суперечливо оцінюють способи завершення втручання з приводу НП, подальшого лікування з використанням постійного лаважу, програмованої релапаротомії або відкритих методів через лапаростому.

Метою дослідження є покращення результатів лікування НП шляхом розробки патогенетично обґрунтованої програми його комплексної

діагностики, профілактики та лікування ГНУ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В експерименті обгрунтовані доцільність та ефективність некролізу вогнищ некрозу ПЗ та парапанкреатичної клітковини — у першій моделі панкреонекрозу та усунення запального процесу при перитоніті — у другій моделі, застосування сучасних лікарських засобів різноспрямованої дії при місцевому застосуванні.

Експериментальне моделювання зазначених варіантів захворювання свідчило, що при ГП і нагноєнні тканини ПЗ порушується цілісність її протокової системи, що спричиняє поширення інфікування.

У клінічній частині роботи узагальнений досвід лікування 4630 хворих з приводу ГП протягом 42 років у 4 лікувальних установах, у тому числі 3 клінічних лікарнях Сімферополя.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Залежно від погляду на процеси у ПЗ при панкреонекрозі, кожний період характеризувався певними пріоритетами.

В I період (1970—1980) застосовували "активну" тактику ведення хворих, технології оперативних втручань, що не витримали випробування часом (тампонада, пасивне дренування сальникової сумки, резекція ПЗ). Відзначали високу оперативну активність в перші 3 доби захворювання. Встановлено, що прямі маніпуляції на ПЗ та застосування пасивних дренажів, марлевих тампонів спричиняють мікробну контамінацію і виникнення ГНУ; "радикальних" втручань з приводу НП не існує.

II період (1981 — 1991) характеризувався науково—обгрунтованим застосуванням консервативної терапії. Проте, виконували і ранні втручання, що завершували встановленням наскрізних "пасивних" трубчастих дренажів.

Встановлено, що основною причиною виникнення ГНУ НП є вто-

ринна мікробна контамінація на 3 — 5—ту добу після втручання, особливо після застосування марлевих тампонів і пасивних трубчастих дренажів.

III період (1992 — 2000) характеризувався розширенням можливостей діагностичних методик, оперативні втручання виконували за суворими показаннями, некрсеквестректомію здійснювали у пізні строки.

Встановлено, що одноразової хірургічної обробки зон некрозу недостатньо; в багатьох ситуаціях релапаротомію виконували несвоєчасно; оптимальною операцією є етапна некрсеквестректомія.

Окремо виділена група хворих, яких лікували у період 2001 — 2012 рр. — відповідно до сучасних вимог: стан хворих оцінювали за шкалою АРАСНЕ II та власною шкалою; некрсеквестректомію виконували у більш пізні строки; застосовували стандартні та мініінвазивні технології, а також власні методики ведення хворих за ГП та його ГНУ.

Встановлено, що провідним питанням при виникненні ГНУ є своєчасна діагностика інфікування вогнищ некрозу і оцінка поширення некрозу по клітковинних просторах; основним джерелом інфікування вогнищ некрозу є вторинна мікробна контамінація; "прямі" втручання на ПЗ виконують не більше ніж у 5% хворих при НП; операцією вибору є етапна некрсеквестректомія з застосуванням керованих способів та мініінвазивних методик; успіх лікування ГНУ НП залежить від вибору способу дренування гнійно—некротичного вогнища, що попереджає поширення ГНУ.

Всім хворим, госпіталізованим з приводу ГП, проводили базисну консервативну терапію, що виявилася ефективною у 2988 (64,5%) хворих. Спостерігали 1642 (35,5%) хворих з НП, з них у 706 (15,2%) — виявлені ГНУ.

Труднощі клінічної діагностики інфікування ПЗ і навколишніх тканин зумовлені тим, що воно виникає у хворих, тяжкість стану яких зумовлена ферментемією і поліорганною дисфункцією. Достовірними, проте, на жаль, пізніми критеріями ГНУ, які

мають знати практикуючі лікарі, є: прогресуюча анемія, лейкоцитоз, токсична зернистість лейкоцитів, лімфопенія, збільшення лейкоцитарного індексу інтоксикації і кількості МСВ.

Перші симптоми ГНУ виникають, за нашими даними, на 7 — 10—ту добу захворювання, а діагноз ускладнення встановлюють на 15 — 20—ту добу. Аналіз причин такої пізньої діагностики ГНУ свідчив, що частіше за все помилково трактують клінічні прояви ускладнень, не використовують весь арсенал діагностичних можливостей лікувальної установи.

У ранні (до 10 діб) строки оперативні втручання виконані у 51 (7,2%) хворого, післяопераційна летальність при ранніх втручаннях становила 31,1%.

При набряковій формі ГП закриті методики забезпечують кращі результати: частота післяопераційних ускладнень на 17% менша, ніж після відкритих методик.

Закриті методики мають перевагу у порівнянні з відкритими і за асептичного панкреонекрозу: частота післяопераційних ускладнень на 22% менша (відповідно 45,2 і 18,4%). Оперативні втручання з приводу набрякової форми ГП та асептичного панкреонекрозу мають бути винятком, а не правилом.

Активний постійний лаваж більш ефективний при лікуванні локалізованих форм ГНУ НП, програмована некрсеквестректомія — при поширених формах процесу.

Програмована релапаротомія виконана у 63 хворих, виконання етапної некрсеквестректомії показане при формуванні ранніх інтраабдомінальних абсцесів, нечітко відмежованих.

Методика тривалого закритого лаважу застосована у 81 хворого, показана при локалізованих формах ГНУ НП.

Відкрите лікування шляхом керованої лапаростомії проведено у 49 пацієнтів, показане при інфікованому панкреатиті, ускладненому прогресуючою флегмоною заочеревинного простору.

Порівняльний аналіз перебігу післяопераційного періоду у хворих

при застосуванні пасивного або активного дренивання свідчив, що постійне "відмивання" з порожнини сальникової сумки гнійно—некротичного детриту є одним з заходів попередження прогресування процесу: необхідність у виконанні повторної операції після пасивного дренивання виникла у 225 (88,8%) хворих; у середньому кількість мані-

пуляцій вимушеної (за потреби) релапаротомії становила $6,1 \pm 1,3$. Після постійного активного дренивання сальникової сумки повторні втручання виконані у 39 (48,2%) хворих; у середньому кількість маніпуляцій релапаротомії у цих хворих становила $4,3 \pm 1,1$.

У цілому, впровадження сучасних методів лікування ГП забезпечило

поліпшення результатів лікування: після стандартних хірургічних втручань, що завершували пасивним дрениванням гнійного вогнища і виконанням повторної некрсеквестректомії за потреби, від різних ускладнень померли 94 (37,1%) хворих; при застосуванні після некрсеквестректомії сучасних методик — 47 (21,5%).

ЛІТЕРАТУРА

1. Саенко В. Ф. Современные принципы диагностики и лечения острого панкреатита / В. Ф. Саенко. — К., 2000. — 172 с.
2. A clinical based classification system for acute pancreatitis.

Abstract of the International symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta (6 — 11 sept. 11, 1992) / E. L. Bradley // Arch. Surg. — 1993. — Vol. 128, N 5. — P. 586 — 590.

