

П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, Г.Є.Самойленко, С.О. Жаріков, О.В. Розенко, М.В. Гмошинский, Д.М. Синепупов

Кафедра хірургії та ендоскопії (зав. – проф. П.Г. Кондратенко) Донецького національного медичного університету, м. Краматорськ

ГОСТРИЙ АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ: ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА

Резюме. Проаналізовано результати лікування 356 пацієнтів з гострим асептичним некротичним панкреатитом віком від 21 до 82 років. Встановлено, що найчастішим ускладненням гострого асептичного некротичного панкреатиту є парапанкреатичний інфільтрат, який виявлений практично у всіх хворих. Доведено, що диференційований підхід до показань, термінів виконання, вибору способу і об'єму хірургічного втручання при гострому асептичному некротичному панкреатиті дозволив знизити післяопераційну летальність до 3,9%. При гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях летальність становила 2,9%: при ГАРС-СС – 1,3%, при ГАРС-ЗК – 8,2%. У цілому при гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях у 91,7% пацієнтів вдалося уникнути розвитку гнійних ускладнень.

Ключові слова: гострий асептичний некротичний панкреатит, хірургічна тактика.

Проблема вибору хірургічної тактики при гострому некротичному панкреатиті є актуальною і не до кінця вирішеною проблемою [1, 2]. Труднощі, які виникають у лікаря при визначенні лікувальної тактики, обумовлені складністю патогенезу гострого панкреатиту, нерідко стертістю клінічних проявів і відсутністю можливості застосування інформативних методів інструментальної та лабораторної діагностики [3]. Разом з тим навіть у тих випадках, коли є практично всі можливості для своєчасної та точної діагностики, правильно визначити хірургічну тактику не завжди вдається.

Відносно просто вирішуються питання хірургічної тактики у пацієнтів з інфікованим некротичним панкреатитом, коли є клінічні та інструментальні дані на користь розвитку тих чи інших гнійних ускладнень – абсцесу сальникової сумки, флегмони заочеревинної клітковини або їх поєднання [4, 5]. Однак результати застосування навіть повноцінного і комплексного лікування, у тому числі і хірургічного, результати лікування гнійних ускладнень некротичного панкреатиту вкрай незадовільні. Летальність у цій категорії пацієнтів коливається від 20 до 40%, а в деяких випадках досягає 70%.

Значно більш складним є визначення тактики лікування при гострому асептичному некротичному панкреатиті. Однак, як показує досвід, саме активна хірургічна тактика у стадії асептичного

запалення дозволяє істотно поліпшити результати лікування, значно знизити летальність, у першу чергу, за рахунок зменшення кількості пацієнтів з гнійними ускладненнями гострого панкреатиту [6, 7].

При цьому багато питань, що стосуються термінів операції, показань до її виконання, а також вибору способу і об'єму хірургічного втручання залишаються не до кінця вирішеними.

Мета дослідження: розробити та обґрунтувати застосування хірургічної тактики за гострого асептичного некротичного панкреатиту.

Матеріал і методи. Відповідно до мети дослідження проаналізовані результати лікування 356 пацієнтів з гострим асептичним некротичним панкреатитом віком від 21 до 82 років, які перебували на лікуванні в клініці хірургії та ендоскопії Донецького національного медичного університету. Пацієнти віком до 50 років становили 87%. Чоловіків було 207 (58,2%), жінок – 149 (41,8%). Тривалість захворювання до 24 год. відзначена у 183 (51,4%) хворих, від 25 до 72 год. – у 75 (21,1%), більше 72 год. – у 98 (27,5%).

Причинами гострого некротичного панкреатиту були: одноманітне харчування (надлишковий прийом переважно жирної їжі) – у 163 (51,8%) хворих і прийом алкоголю (алкогольний ексцес) або його сурогатів – у 152 (48,2%). Біліарний панкреатит виявлено у 41 (11,5%) пацієнта.

Некроз менше 30% паренхіми підшлункової

залози відзначений у 55 (15,4%) пацієнтів, некроз від 30 до 50% паренхіми підшлункової залози – у 259 (72,8%) та більше 50% паренхіми підшлункової залози – у 42 (11, 8%).

Лікування хворих з важким і вкрай важким гострим панкреатитом здійснювали у відділенні інтенсивної терапії, де проводили інтенсивну коригувальну (протишокову) терапію, оскільки саме у цієї категорії пацієнтів дуже висока ймовірність розвитку ускладнень і летального наслідку. Основним методом діагностики було ультразвукове дослідження, яке проводили у динаміці щодня або через день до клінічної та лабораторної стабілізації пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз результатів клінічного та інструментального обстеження пацієнтів дозволив встановити, що найчастішим ускладненням гострого асептичного некротичного панкреатиту є парапанкреатичний інфільтрат, який виявлений практично у всіх хворих.

Парапанкреатичний інфільтрат – місцевий прояв реактивної фази гострого деструктивного панкреатиту. Він є одним з перших проявів некротичного панкреатиту та парапанкреатиту. В основі механізму формування парапанкреатичного інфільтрату лежить асептична запальна реакція на осередки некрозу у підшлунковій залозі та навколишній клітковині. Як правило, у його структуру залучені стінки прилеглих органів (шлунок, дванадцятипала кишка), брижа товстої та тонкої кишки. Можливі три шляхи розвитку парапанкреатичного інфільтрату: регрес запальних змін, формування асептичних рідинних скупчень у сальниковій сумці й/або заочеревинній клітковині та нагноєння.

За даними ультразвукового дослідження, парапанкреатичний інфільтрат є неоднорідним утворенням підвищеної ехогенності у проекції підшлункової залози без чітких контурів і меж.

Другими за частотою є гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення у сальниковій сумці (ГАРС-СС), які діагностовані у 154 (43,3%) пацієнтів.

Ферментативний перитоніт діагностований у 81 (22,8%) пацієнта, а гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення у заочеревинній клітковині (ГАРС-ЗК) виявлені у 49 (13,8%) хворих.

Значно рідше траплялися такі ускладнення, як біліарна гіпертензія – у 8 (2,3%) пацієнтів і гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення у сальниковій сумці та заочеревинній клітковині – у 2 (0,6%).

З 356 пацієнтів на тлі проведення комплекс-

ної консервативної терапії у 77 (21,6%) пацієнтів вдалося досягнути регресу запальних явищ у підшлунковій залозі та парапанкреатичній клітковині, у т.ч. і парапанкреатичного інфільтрату без утворення рідинних колекторів, що підтверджено при сонографічному моніторингу. Тому оперативні втручання не проводилися, а пацієнти виписані на амбулаторне лікування. У даній категорії пацієнтів у комплекс консервативної терапії обов'язково включали антибіотики широкого спектру дії і нестероїдні протизапальні препарати. Слід зазначити, що при застосуванні карбапенемів ефективність консервативної терапії становила 32%, а при застосуванні інших груп антибіотиків (цефалоспорины 3-4 покоління, фторхінолони) – лише 10%.

З приводу ферментативного перитоніту оперований 81 пацієнт. Після операції померли 5 пацієнтів, летальність – 6,2%. Причиною смерті у всіх пацієнтів з'явився ендотоксичний шок у зв'язку з ураженням більше 50% підшлункової залози.

У якості оперативних втручань застосовувалися лапароскопія і лапароцентез у поєднанні з дренажуванням черевної порожнини. Порівняльний аналіз застосування втручань засвідчив про те, що лапароскопія, санація та дренажування черевної порожнини значно превалюють над ефективністю лапароцентезу і дренажування черевної порожнини.

Лапароскопія дозволяє під візуальним контролем видалити практично всю вільну запальну рідину з черевної порожнини, яка містить високий рівень протеолітичних ферментів, що у свою чергу, сприяє зменшенню ендогенної інтоксикації. Цьому ж сприяє і санація черевної порожнини. Крім того, під час виконання лапароскопії є можливість адекватно встановити дренажі у черевній порожнині у місцях найбільшого скупчення рідини.

Тривалість дренажування черевної порожнини визначалася наявністю виділень. За їх відсутності дренажі видалялися з черевної порожнини, оскільки останні сприяли інфікуванню черевної порожнини з подальшим розвитком вже гнійного перитоніту або утворенню міжпетельових абсцесів. У більшості випадків дренажі з черевної порожнини видаляли через 2-4 доби.

У 61 (75,3%) пацієнта однократне оперативне втручання було кінцевим, оскільки консервативна терапія виявилася ефективною і пацієнти виписані на амбулаторне лікування. У 15 (18,5%) пацієнтів у подальшому виникла необхідність виконання ряду інших хірургічних втручань з приводу інших ускладнень гострого панкреатиту – ГАРС-

СС (11 пацієнтів) і ГАРС-ЗК (4 пацієнти).

З приводу ГАРС-СС пункційно-дренуючі операції під контролем ультразвуку (ПДО-УЗ) виконані 154 пацієнтам (у т.ч. 11 пацієнтам, які на більш ранньому етапі лікування оперовані з приводу ферментативного перитоніту і 31 пацієнтові, які оперовані з приводу біліарного панкреатиту). На більш пізніх етапах лікування 2 (1,3%) пацієнтам виконана оментобурсостомія для видалення великих секвестрів з сальникової сумки, які розташовувались в ділянці тіла підшлункової залози. Гнійні ускладнення розвинулися у 5 (3,3%) пацієнтів. Після операції помер 1 хворий, летальність становила 0,7%. Причиною смерті став сепсис.

З приводу ГАРС-ЗК різні хірургічні втручання виконані 49 пацієнтам (у т.ч. 4 пацієнтам, які на більш ранньому етапі лікування оперовані з приводу ферментативного перитоніту та 10 пацієнтам, які оперовані з приводу біліарного панкреатиту). ПДО-УЗ виявилися ефективними у 17 пацієнтів. Люмботомія виконана 32 пацієнтам, у т.ч. 13 пацієнтам, яким на першому етапі лікування виконані ПДО-УЗ. Гнійні ускладнення розвинулися у 12 (24,5%) пацієнтів. Померли 3 пацієнти, летальність становила 6,1%. Причиною смерті став сепсис.

Аналіз отриманих даних показав, що ПДО-УЗ ефективні лише у пацієнтів зі скупченням вільної рідини у заочеревинній клітковині обсягом понад 100 мл (таких хворих близько 30%). При ГАРС-ЗК у вигляді поширеної інфільтрації парапанкреальної і паракольної клітковини (такі пацієнти становлять приблизно 70%) перевагу слід надавати розкриттю, ревізії та дренованню заочеревинної клітковини поперековим заочеревинним доступом – люмботомією.

Необхідність виконання люмботомії, як правило, виникає на 4-6 добу перебігу захворювання. Люмботомія у більшості випадків у процесі лікування передбачає виконання етапних ревізій і санацій (секвестрэктомія) заочеревинної клітковини. Їх частота і кількість визначається станом заочеревинної клітковини, наявністю секвестрів і недренуваних зон.

Як правило, показанням до виконання люмботомії, розкриття і дреновання інфільтрату поперековим (заочеревинним) доступом є явна інфільтрація та біль у поперековій ділянці, підвищення температури тіла до 38°C і більше, виражений зсув лейкоцитарної формули вліво.

Поряд з перерахованими втручаннями у 4 пацієнтів з ГАРС-ЗК, у зв'язку з інтраабдоминальною гіпертензією III ступеня і підвищенням внутрішньочеревного тиску більше 20 мм рт. ст. або

27 см водн. ст. (синдром інтраабдоминальної гіпертензії), ми змушені вдатися до накладання часткової лапаростоми.

З приводу гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у сальниковій сумці і заочеревинній клітковині прооперовано 2 пацієнта. Їм виконані: ПДО-УЗ (сальникова сумка) і люмботомія (заочеревинна клітковина). Ускладнень і летальних випадків не було.

З приводу біліарної гіпертензії 8 пацієнтам виконана черезшкірна черезпечінкова мікрохолестостомія під контролем ультразвуку (ЧЧМХС). Інші втручання не потрібно проводити, оскільки консервативна терапія виявилася ефективною.

З приводу гострого біліарного асептичного некротичного панкреатиту прооперований 41 пацієнт. Під гострим біліарним панкреатитом ми розуміємо запалення підшлункової залози, парапанкреальної та паракольної клітковини, яке зумовлено вклиненням каменю в ампулу великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВДПК) або стенозуючим папілітом, або поєднанням цих двох патологій. Усім пацієнтам в найближчі 24 години з моменту госпіталізації виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ), літоекстракція і назобіліарне дреновання. Після операції померли 2 пацієнти, летальність становила 4,9%.

У 31 (75,6%) пацієнта в подальшому розвинулися ГАРС-СС, з приводу чого їм виконані ПДО-УЗ. Летальних випадків не було.

У 10 (24,4%) пацієнтів у подальшому розвинулися ГАРС-ЗК. 2 пацієнтам виконані ПДО-УЗ, помер - 1 пацієнт, а 8 – виконана люмботомія та дреновання заочеревинної клітковини, помер - 1 пацієнт. У цілому в цій підгрупі померли 2 пацієнти.

За наявності у пацієнта холецистолігіаза холецистектомію виконували після повної ліквідації запального процесу у підшлунковій залозі і парапанкреатичній клітковині.

Слід зазначити, що ефективність застосування різних хірургічних втручань при гострому асептичному некротичному панкреатиті збільшується на тлі застосування адекватної інфузійно-трансфузійної та медикаментозної терапії. Обов'язковими компонентами її вважаємо протизапальні (лорноксикам) та антибактеріальні засоби. Серед антибіотиків перевагу віддаємо карбопенемам, застосування яких у комплексній консервативній терапії дозволяє у 91,7% пацієнтів уникнути гнійних ускладнень. При застосуванні інших груп антибіотиків цей показник становив 77%.

Крім того, важливим компонентом лікування

є нутритивна підтримка. З цією метою застосовуємо стандартні полімерні суміші високої живильної щільності, у т.ч. і, перш за все, per os.

З метою профілактики гострих виразок та ерозій слизової оболонки застосовуємо інгібітори протонної помпи (пантопразол, езомепразол, омепразол) у вигляді тривалої інфузії з наступним переходом на пероральний прийом у поєднанні з антацидними препаратами та препаратами, які мають захисну дію на слизову оболонку шлунка і дванадцятипалої кишки.

Аналіз отриманих даних засвідчив, що диференційований підхід до показань, термінів виконання, вибору способу та об'єму хірургічного втручання при гострому асептичному некротичному панкреатиті дозволив знизити післяопераційну летальність до 3,9% (11 з 279 оперованих пацієнтів). При гострих парапанкреатичних рідинних скупченнях летальність становила 2,9%: при ГАРС-СС – 1,3%, при ГАРС-ЗК – 8,2%. При цьому частота гнійних ускладнень у цій групі хворих становила 8,3%: при ГАРС-СС – 3,3%, при ГАРС-ЗК – 24,5%.

Таким чином, у цілому при гострих парапанкреатичних рідинних скупченнях у 91,7% пацієнтів вдалося уникнути розвитку гнійних ускладнень. При гострому біліарному некротичному панкреатиті летальність становила 4,9%, а у всіх хворих цієї групи у подальшому виникла необхідність виконання хірургічних втручань з приводу гострих парапанкреатичних рідинних скупчень сальникової сумки або заочеревинної клітковини.

Висновки. 1. При ферментативному перитоніті перевагу слід надавати лапароскопічній санації і дрениванню черевної порожнини з обов'язковим визначенням у запальній рідині активності α -амілази, бактеріоскопічним і бактеріологічним дослідженням вмісту черевної порожнини. Операція повинна бути виконана у найближчі 2-4 години з моменту діагностики ферментативного перитоніту. 2. При гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях у сальниковій сумці (оментобурсит) і заочеревинної клітковині - при обсязі рідинного утворення за даними сонографії 50 мл і більше у сальниковій сумці та 100

мл і більше у заочеревинній клітковині операцією вибору є пункція і дренивання сальникової сумки й/або заочеревинної клітковини під контролем ультразвуку, а при гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях у заочеревинній клітковині у вигляді поширеної інфільтрації парапанкреальної і паракольної клітковини - показана люмботомія, розтин і дренивання інфільтрату поперековим (позаочеревним) доступом. Операцію доцільно виконувати у найближчі 4-6 діб з моменту госпіталізації хворого. 3. У пацієнтів з інтраабдомінальною гіпертензією III ступеня (підвищення внутрішньочеревного тиску більше 20 мм рт. ст.) для зниження внутрішньочеревного тиску слід використовувати повну або часткову лапаростомію. Операцію виконують негайно після встановлення факту інтраабдомінальної гіпертензії III ступеня. Моніторинг внутрішньочеревного тиску повинен здійснюватися до настання стійкої тенденції поліпшення стану пацієнта. У стадії асептичного запалення будь-які втручання на підшлунковій залозі та парапанкреальній клітковині проти показані. 4. Вклинений конкремент в ампулу ВСДПК, обтураційна жовтяниця, папілостеноз, холангіт, а також відсутність жовчі у дванадцятипалій кишці під час дуоденоскопії є показаннями до виконання ЕПСТ у найближчі 24 години з моменту госпіталізації хворого. При вклиненому камені в ампулу ВСДПК ЕПСТ проводиться без ендоскопічної ретроградної холангіографії. Ендоскопічна операція повинна завершуватися назобіліарним дрениванням. 5. Біліарна гіпертензія, яка зумовлена стисненням інтрапанкреатичного відділу загального жовчного протоку збільшеною у розмірах підшлунковою залозою, гострий ферментативний холецистит є показанням до виконання черезшкірної черезпечінової мікрохолецистостомії під контролем ультразвуку у найближчі 5-48 годин з моменту госпіталізації хворого.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується розробка критеріїв прогнозування проведення оперативних втручань, залежно від перебігу панкреатичного процесу.

Список використаної літератури

1. *The seventh nationwide epidemiological survey for chronic pancreatitis in Japan: clinical significance of smoking habit in Japanese patients / M. Hirota, T. Shimosegawa, A. Masamune [et al.] // Pancreatology. – 2014. – № 14. – P. 490-496.*
2. *American Pancreatic Association Practice Guidelines in Chronic Pancreatitis: evidence-based report on diagnostic guidelines / D.L. Conwell, L.S. Lee, D.L. Yadav [et al.] // Pancreas. – 2014. – № 43. – P. 1143-1162.*
3. *Giger U. Management of chronic pancreatitis / U. Giger, Z. Stanga, M.H. De Legge // Nutr. Clin. Pract. – 2004. – № 19. – P. 37-49.*
4. *Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Pancreatitis Study Group / A. Lowenfels, P. Maisonneuve, G. Cavallini [et al.] // N. Engl. J.*

Med. – 1993. – Vol. 328. – P. 1433-1437. 5. Хронический панкреатит – современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А.А. Шалімов, В.В. Грубнік, Джоел Горовиц [и др.]. К. Здоров'я. – 2000. – 255 с. 6. Incidence of and risk factors for developing pancreatic cancer in patients with chronic pancreatitis / Y. Kudo, T. Kamisawa, H. Anjiki [et al.] // *Hepatogastroenterology*. – 2011. – Vol. 58, № 106. – P. 609-611. 7. Chronic pancreatitis: A diagnostic dilemma / M. Hazel, Ni Chonchubhair, Oladapo Lawal [etal.] // *World J. Gastroenterol.* – 2016. – Vol. 21, № 22 (7). – P. 2304-2313.

ОСТРЫЙ АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Резюме. Проанализированы результаты лечения 356 пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом в возрасте от 21 до 82 лет.

Установлено, что самым частым осложнением острого асептического некротического панкреатита является парапанкреатический инфильтрат, который был выявлен практически у всех больных. Доведено, что дифференцированный подход к показаниям, срокам выполнения, выбору способа и объема хирургического вмешательства при остром асептическом некротическом панкреатите позволил снизить послеоперационную летальность до 3,9%. При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях летальность составила 2,9%: при ОАЖС-СС – 1,3%, при ОАЖС-ЗК – 8,2%. В целом при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях у 91,7% пациентов удалось избежать развития гнойных осложнений.

Ключевые слова: острый асептический некротический панкреатит, хирургическая тактика.

ACUTE ASEPTIC NECROTIZING PANCREATITIS: SURGICAL TACTICS

Abstract. The results of treatment of 356 patients with acute aseptic necrotizing pancreatitis at the age of 21 to 82 years are analyzed. It was found that the most frequent complication of acute aseptic necrotizing pancreatitis is parapancreatic infiltrate, which was detected in practically all patients. Thus, a differentiated approach to the indications, timing, the choice of the method and scope of surgical intervention in acute aseptic necrotizing pancreatitis allowed to reduce postoperative lethality to 3.9%. In acute aseptic parapancreatic fluid clusters, the lethality was 2.9%: for acute aseptic parapancreatic fluid clusters in the lesser sac – 1.3%, for acute aseptic parapancreatic fluid accumulations in the retroperitoneal retroperitoneal soft-tissue – 8.2%. Overall, in acute aseptic parapancreatic fluid clusters, 91.7% of patients managed to avoid purulent complications.

Key words: acute aseptic necrotizing pancreatitis, surgical tactics.

Donetsk National Medical University (Kramatorsk)

Надійшла 02.03.2017 р.
Рецензент – проф. Полянський І.Ю. (Чернівці)