

УДК 616.37-002-036.11-089

© О.О. ВАСИЛЬЄВ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

## Гострий панкреатит: концептуальні підходи у хірургічній тактиці

O.O. VASYLYEV

Donetsk National Medical University by M. Horky

### ACUTE PANCREATITIS: THE CONCEPTUAL APPROACHES IN SURGICAL TACTICS

Автор за досвідом 738 оперованих хворих наводить показання, терміни та об'єм різних хірургічних втручань, що застосовуються в клініці при некротичному панкреатиті. Дотримуючись концепції своєчасного застосування міні-інвазивних хірургічних втручань за період 2004-2008 рр., оперовано 319 хворих на панкреонекроз. Післяопераційна летальність склала 4,4 %.

Basing on the material of 738 operated patients the author shows indications, terms and volume of various miniinvasive surgical interventions which are used in clinic at acute necrotising pancreatitis. Accordingly to conception of timely using of miniinvasive surgeries 319 patients with necrotizing pancreatitis were operated in period 2004-2008. Postoperative mortality was 4,4 %.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Актуальність проблеми хірургічного лікування панкреонекрозу сьогодні підтверджується рядом незаперечних обставин. В Україні немає загальноприйнятої класифікації гострого панкреатиту (ГП), а тому й немає загальноприйнятої концепції хірургічного лікування панкреонекрозу (ПН). Консервативне лікування тяжкого ГП не стандартизоване і частіше проводиться у звичайних хірургічних відділеннях. Сучасні візуалізаційні методи діагностики ускладнень панкреонекрозу (комп'ютерна томографія, спіральна комп'ютерна томографія) віддалені від більшості спеціалізованих хірургічних стаціонарів.

Об'єм, характер і терміни застосування хірургічного втручання при ПН залежать, в кінцевому результаті, від сонографічних (або КТ) змін у біліарній системі, у підшлунковій залозі (ПЗ) і в парапанкреатичній клітковині (ППК).

**Матеріали і методи.** В останні 10 років ми виключаємо можливість застосування ранньої лапаротомії (як у період токсемії, так і в реактивний період ГП) за винятком тієї рідкої ситуації, коли показанням до її виконання є розповсюджений гнійний перитоніт. Експериментально доведено, що хірург, приймаючи хворого з ГП, має справу із ПН, який вже відбувся, тому хірургічним або будь-яким іншим шляхом вплинути на поширеність або на зворотний розвиток ПН він не може. Ряд авторів останнім ча-

сом одним із показань до лапаротомії при ГП вважає компартмент-синдром. На наш погляд, якщо компартмент-синдром стає показанням до невідкладної лапаротомії, то той критичний внутрішньочеревний тиск є результатом грубих дефектів у проведенні інтенсивної терапії тяжкого ГП. Компартмент-синдром легше попередити, ніж збільшувати причину, що його викликала. У жодному випадку з 738 оперованих у клініці хворих компартмент-синдром не був показанням до операції.

Рання лапаротомія не може позитивно впливати на патогенез ПН і не несе в собі лікувального ефекту. При геморагічному і жировому ПН межі пошкодження ПЗ у ці строки встановити неможливо, зовнішнє дренивання сальникової сумки (СС) приводить до раннього інфікування ПН і, можливо, до його поширення. Будь-яка техніка дренивання СС до складних некробіотичних процесів у ПЗ доповнює механічну травму залози та перешкоджає природному механізму відмежування панкреонекрозу. Інтубація кишечника сьогодні здійснюється ендоскопічно із мінімальною травмою для хворого. Ознаки біліарної гіпертензії, що виявляються інтраопераційно (дилатація позапечінкових жовчних протоків, гіпертензія жовчного міхура), можна і потрібно діагностувати і без лапаротомії. Застосування міні-інвазивних лапароскопічних втручань і дренивальних операцій під контролем ультразвуку дозволяє успішно справлятися з проявами гострого біліарного панкреатиту. Хірургія гострого панкреатиту – це хірургія ускладнень ПН.

Біліарний панкреатит (панкреатит, зумовлений патологією жовчовивідних проток) характеризується більш латентним клінічним перебігом, ніж алкогольний ГП, за винятком ГП, викликаного вклиненням конкременту в ампулу великого дуоденального сосочка. Біохімічні маркери, що досліджуються в динаміці, які свідчать про формування або зростання синдрому обтураційної жовтяниці (ОЖ), націлюють лікаря на ультразвуковий моніторинг не тільки ПЗ і ППК, але й біліарної системи. Дилатація загальної жовчної протоки, холедохолітаз, сонографічні ознаки холангіту спричиняють показання до дуоденоскопії. Ендоскопічна холангіографія визначає показання до ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ) та механічної літоекстракції. При неможливості виконання ендоскопічних втручань, за умови зростання синдрому ОЖ, показана мікрохолецистостомія під контролем ультразвуку (УЗ). При неможливості виконання такої операції показана традиційна холецистостомія. Відсутність жовчного міхура (біліарний панкреатит, викликаний резидуальним холедохолітазом) підтверджує необхідність лікування хворих із тяжким панкреатитом у спеціалізованому хірургічному відділенні.

Ферментативний перитоніт (ФП) – найбільш часте ускладнення ПН. ФП є абсолютним показанням до евакуації запальної рідини (ЗР), що полегшує ендогенну інтоксикацію й зменшує імовірність сумкування й інфікування ЗР. Застосовуємо два види операцій. Це лапароцентез із дренажуванням черевної порожнини (достатньо одного дренажу) і діагностична лапароскопія. Остання дозволяє не тільки санувати й дрениувати черевну порожнину, але й оцінити зміни в черевній порожнині. Випіт, що евакуюється із черевної порожнини, підлягає бактеріологічному й біохімічному дослідженню (активність  $\alpha$ -амілази). При лапароскопії дренаж установлюємо в місці найбільшого скупчення ЗР. Дренаж у черевній порожнині перебуває від 3 до 6 діб. Застосування в комплексній терапії ГП октрестатину (сандостатину) вірогідно скорочує період сацирації ЗР очеревиною.

Тяжкий перебіг ГП і будь-яке рідинне скупчення в черевній порожнині зумовлюють показання до початку антибактеріальної терапії (АБТ). Препаратами вибору АБТ є: карбапенеми, цефалоспорины IV покоління, фторхінолони IV покоління.

Оментобурсит (ОБ) – друге за частотою раннє ускладнення ПН. Виходячи із передбачення, що скупчення ЗР у СС є живильним середовищем для мікроорганізмів, вважаємо дренажування ОБ профілактичним заходом інфікування ПН. СС при ОБ дрениуємо під контролем УЗ, якщо ехонегативний його прояв локується у вигляді смуги більш ніж 1 см

і розміри його не зменшуються на тлі інтенсивної терапії протягом 3 діб.

Більший розмір ОБ визначаємо як показання до його дренажування відразу ж після виявлення. Одночасну аспірацію неінфікованого ОБ не застосовуємо на тій підставі, що у 8-12 % хворих ОБ є результатом розгерметизації протокової системи ПЗ. У такій ситуації формуємо зовнішню панкреатичну норицю на дренажі.

При прогресивному зниженні об'єму неінфікованої запальної рідини, що дрениується з СС, дренаж видаляємо на 5-6 добу. При інфікованому вогнищевому ПН дренаж у СС може перебувати до 45 діб (вимивання інфікованого секвестру) або до етапу радикальної секвестректомії (при крупновогнищевому інфікованому панкреонекрозі). Дренаж СС видаляється тільки тоді, коли по ньому немає ЗР, а при сонографії (КТ) у СС і в ПЗ секвестри не визначаються.

### **Результати досліджень та їх обговорення.**

*Абсцеси сальникової сумки і підшлункової залози.* Період їх виявлення визначається третім-четвертим тижнями від початку захворювання або пізніше, коли абсцес є наслідком парапанкреатичного інфільтрату (ППІ). Навіть адекватна АБТ тяжкого ГП і ППІ повністю не попереджають формування абсцесів СС і ПЗ. Виявлення абсцесу визначає показання до невідкладної операції – дренажування порожнини абсцесу під контролем ультразвуку. Застосовуємо дренажі діаметром 9-F. Доступ у порожнину абсцесу залежить від його локалізації. Дренажування абсцесу передбачає повне його спорожнювання та тимчасову санацію антисептиками. Якщо порожнина абсцесу при контрольній сонографії через добу після операції більша за 5 см, а в її просвіті перебувають детрит і вільні секвестри, то для адекватнішого проточного дренажування під УЗ-контролем встановлюємо другий дренаж. Дренажування абсцесів СС і ПЗ допускаємо й через шлунок і через дванадцятипалу кишку. Ускладнень із такою технікою дренажування ми не відзначали. Терміни дренажування абсцесів визначаються так само, як і при дренажуванні оментобурситу.

Дренажування абсцесів СС і ПЗ було остаточним видом операції в 97 хворих із вогнищевим інфікованим ПН. У 25 хворих із крупновогнищевим ПН в подальшому виконані секвестректомії міні-доступом в сальникову сумку.

*Флегмона парапанкреатичної клітковини.* Найгірніше ускладнення ПН. У багатьох випадках результат захворювання визначається не ступенем деструкції паренхіми підшлункової залози, а запальним процесом у заочеревинній клітковині. Серед причин високої летальності при флегмонах заочеревинної клітковини провідне місце займає неадекватний

вибір хірургічних методів лікування. Хірургічне лікування подібних хворих найчастіше вимагає багатовразових втручань, що при традиційній лапаротомії виглядає надто травматично. Ми спостерігали це ускладнення у хворих, лікування яких починалося через 96 год від початку захворювання та оцінювалося при госпіталізації за шкалою Ranson понад 4 бали. 82 % з них – хворі з алкогольним і аліментарним панкреатитом, 18 % – хворі з післяопераційним ПН (ЕПСТ, операції із приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, гастректомія). Формування флегмони заочеревинної клітковини (ЗК) діагностували в строки від 6 до 28 діб від початку захворювання. Ускладнення характеризуються тяжким клінічним перебігом, прогресивним погіршенням загального стану, лихоманкою, токсичними змінами в крові, ССЗВ. Інтенсивна терапія стає безуспішною. Пастозність м'яких тканин бічної черевної стінки на стороні ураження, характерні зміни при сонографії визначають показання до дренивання заочеревинної клітковини під УЗ-контролем або до люмботомії.

Для вибору способу операції керуємося умовним розподілом заочеревинного простору на чотири квадранти. Умовною межею між верхніми й нижніми квадрантами вважаємо брижу поперечної ободової кишки, праві та ліві відділи розділяються хребетною лінією.

При ураженні одного квадранта ЗК, коли в ураженій клітковині сонографічно локуються рідинні включення, виконуємо її дренивання двома або трьома 5-міліметровими дренажами, використовуючи операційні троакари.

При дрібнокомірчастому ураженні одного чи більше квадрантів ЗК виконуємо люмботомію міні-доступом на стороні ураження, секвестректомію заочеревинної клітковини з руйнуванням нежиттєздатних тканин. Передопераційна сонографічна локація розмірів ураження ЗК визначає об'єм операційної ревізії заочеревинного простору. Поєднан-

ня люмботомії та позаочеревинного міні-доступу в пахвинно-здухвинній ділянці дозволяє ревізувати усі відділи заочеревинного простору.

Розкриття й дренивання СС через люмботомію, коли операція виконується через 4-5 тижнів від початку захворювання, нерідко дозволяє виконати й секвестректомію ПЗ. Якщо це не вдається, то адекватний дренаж СС сприяє надалі вимиванню секвестрів ПЗ.

Пізні секвестректомії при інфікованому великовогнищевому ПН виконували другим етапом після дренивання абсцесів СС і ПЗ, після дренивання і санації флегмони ЗК. Строки радикальної операції визначалися індивідуально. Секвестректомія при великовогнищевому ПН (ураження паренхіми залози понад 30 % її об'єму) у період після 4-6 тижнів від початку ГП характеризувалася вільним видаленням секвестрів і швидкою нормалізацією загального стану хворих. Доступ при пізній секвестректомії залежав від розмірів і локалізації секвестру. Це були середина лапаротомія міні-доступом і люмботомія міні-доступом. Операції завершували редренуванням секвестральних порожнин. Арозивних кровотеч при такому підході з вогнища запалення не спостерігали.

Післяопераційна летальність у хворих на ПН у клініці за період 2004-2008 рр. (оперовано 319 хворих за концепцією міні-інвазивного хірургічного лікування) склала 4,4 %.

**Висновки.** 1. Спосіб, об'єм і термін оперативного втручання при ускладненнях панкреонекрозу визначаються сонографічним або КТ-моніторингом.

2. Сучасні міні-інвазивні технології та операції малого доступу мають значні переваги перед традиційною лапаротомією.

3. Комплексне лікування хворих на панкреонекроз вимагає спільної участі в лікувальному процесі лікарів-хірургів, анестезіологів-реаніматологів, лікарів променевої діагностики, ендоскопічних хірургів.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кондратенко П.Г., Васильєв А.А., Конькова М.В. Острый панкреатит. – Донецк, 2008. – 352 с.
2. Васильєв А.А. Чрескожное дренирование острых постнекротических кист при деструктивном панкреатите как альтернатива традиционному хирургическому лечению // Університетська клініка. – 2007. – Т. 3, № 1. – С. 9-12.
3. Кондратенко П.Г., Васильєв А.А., Юдин А.А., Джансыз И.Н. Пути снижения послеоперационной летальности при остром деструктивном панкреатите // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2007. – Т. 16, № 1. – С. 55-58.
4. Прудков М.И., Шулуто А.М., Галимзянов Ф.В. и др. Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита: Пособие для врачей / Под ред. М.И. Прудкова, А.М. Шулуто. – Екатеринбург: ЭКС-Пресс, 2001.
5. Цвиркун В.В., Буриев И.М., Глабай В.П. Резолюция XIV

- Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ "Актуальные проблемы хирургической гепатологии" // Анналы хирург. гепатологии. – 2007. – Т. 12, № 4. – С. 110-112.
6. Шалимов А.А., Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита // Клинічна хірургія. – 2006. – № 6. – С. 12-20.
7. Seifert H., Wehrmann T., Schmitt T. et al. Retroperitoneal endoscopic debridement for infected peripancreatic necrosis // Lancet. – 2000. – Vol. 356. – P. 653-655.
8. UK Working Party on Acute Pancreatitis. Guidelines for the management of acute pancreatitis // Gut. – 2005. – Vol. 54 (Suppl III). – P. 1111-1119.
9. Uhl W., Warshaw A., Imrie C. et al. IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis // Pancreatology. – 2002. – Vol. 2. – P. 565-573.

Отримано 20.10.08