

© Кондратенко П.Г., Конькова М.В., 2009

УДК: 617-089-083. 98+617.65

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Кондратенко П.Г., Конькова М.В.

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, м. Донецьк

РЕЗЮМЕ: вивчено результати лікування 5421 хворого на гострий панкреатит, які знаходилися в клініці хірургії та ендоскопії Донецького національного медичного університету ім. М.Горького з 1979 по 2008 рр. Вік пацієнтів був від 18 до 89 років. В процесі дослідження розроблено новий підхід до лікування гострого панкреатиту, який дозволив загальну летальність знизити до 2,3%, серед неоперованих хворих – до 1,9%, а післяопераційну летальність – до 4,9%. Післяопераційна летальність при гострому біліарному панкреатиті склала 0,8%, а при гострому некротичному панкреатиті – 6,8% (біліарному – 5,9%, небіліарному – 7,3%). Поліпшення результатів лікування гострого панкреатиту досягнуте завдяки своєчасній і точній діагностиці форм і ускладнень хвороби, включаючи сонографічний моніторинг лікування; розробленому диференційованому підходу до вибору способу і об'єму хірургічного втручання залежно від форми і фази перебігу хвороби, більш широкому вживанню мініінвазивних хірургічних втручань (під контролем ультразвуку, ендоскопічних, лапароскопічних та ін.), в т.ч. й їх комбінацій, а також профілактиці інфекційних ускладнень, в першу чергу за рахунок усунення субстрату для нагноєння.

Ключові слова: гострий панкреатит, хірургічна тактика

Вступ. Серед всіх захворювань органів травлення гострий панкреатит займає особливе місце. Перш за все, це пояснюється досить високою як загальною, так й післяопераційною летальністю, яка, не дивлячись на активні наукові дослідження, не має особливої тенденції до зниження. Крім того останнім часом відмічається неухильна тенденція збільшення хворих із даною патологією. Проте разом із збільшенням загального числа хворих, збільшується число хворих з некротичним панкреатитом і його ускладненнями, що закономірно відбивається на результатах лікування [2, 7, 9].

Складність проблеми лікування хворих гострим панкреатитом пояснюється ще і широким колом причин, сприяючих виникненню даного захворювання, складністю патогенезу, недостатньою розробкою способів діагностики форм і ускладнень цієї патології, деколи, непередбачуваним ходом запального процесу, аж до розвитку поліорганної недостатності і ін. [1, 8, 11, 15, 16].

Незадовільні результати лікування хворих, велика кількість ускладнень, висока післяопераційна летальність, вимушують хірургів шукати нові способи лікування даного захворювання [3, 4, 6, 10, 14]. Хірургічне лікування хворих гострим панкреатитом переслідує різні цілі. У одних випадках це: усунення причини захворювання (біліарний панкреатит), в інших – усунення по суті субстрату для нагноєння (гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення у сальниковій сумці та зачеревній клітковині), в третіх – некротичного і гнійного вогнища (постнекротичні інфіковані панкреатичні і парапанкреатичні рідинні скупчення в підшлунковій залозі або сальниковій сумці та зачеревній клітковині, відмежовані ділянки некротизованої паренхіми підшлункової залози) і так далі.

Саме тому для лікування гострого панкреатиту в даний час застосовуються різні оперативні втручання: відкриті (лапаротомні), позачеревні із міні

доступів (люмботомія), лапароскопічні, ендоскопічні, мініінвазивні втручання під контролем ультразвуку/КТ [4, 5, 8]. Причому вони не є такими, що конкурують, тому для кожного втручання є свої, строгі показання. В той же час не до кінця розробленими залишаються питання показань, вибору способу і об'єму хірургічного втручання, а також термінів і етапності їх виконання [12, 13, 17, 18].

Мета дослідження полягала в обґрунтуванні показань та термінів виконання операцій, а також вибору способу і об'єму хірургічного втручання при гострому панкреатиті.

Матеріали та методи. З 1979 по 2008 рр. в клініці хірургії та ендоскопії Донецького національного медичного університету ім. М.Горького на лікуванні знаходився 5421 хворий із гострим панкреатитом. Вік пацієнтів – від 18 до 89 років, в т.ч. пацієнти у віці до 50 років – 86,9%. Чоловіків було 3684, жінок – 1737. Тривалість захворювання до 24 г відмічено в 1442 (26,6%) хворих, від 25 до 72 г – в 3421 (63,1%), більше 72 г – в 558 (10,3%).

Найбільш частими причинами гострого панкреатиту були: прийом алкоголю (алкогольний ексцес) або його сурогатів – в 2564 (47,3%) хворих, однібочна їжа (надлишковий прийом переважно жирної їжі) – в 1583 (29,2%), ідіопатичний панкреатит – в 1023 (18,8%) і патологія термінального відділу холедоха – в 162 (3%).

Гострий набряковий панкреатит відмічений у 4613 (85,1%) хворих, некротичний панкреатит – у 808 (14,9%): дрібноосередковий панкреонекроз – у 127 (15,7%) пацієнтів, великоосередковий – у 575 (71,2%), а субтотально-тотальний – у 106 (13,1%). Оперовано 749 (13,8%) хворих, помер 131 (17,5%), консервативно проліковано 4672 (86,2%) хворих, помер 81 (1,7%).

Неважкий панкреатит виявлений в 4710 (86,9%) хворих, летальних результатів в даній групі пацієнтів не було. Важкий панкреатит діагнос-

товано у 630 (11,6%) хворих, помер – 131 (20,6%). Вкрай важкий панкреатит виявлено у 81 хворого. Всі пацієнти з вкрай важким панкреатитом загинули. Тривалість їх перебування в клініці склала від 20 хв. до двох діб. Причиною смерті в даній категорії хворих з'явився ендотоксिनний шок на ґрунті тотального або субтотального панкреонекрозу.

Для діагностики гострого некротичного панкреатиту застосовували ультразвукове дослідження (УЗД), яке у абсолютної більшості хворих дозволяє своєчасно визначити форму, поширеність і ускладнення хвороби. Крім того ультразвуковий моніторинг також дозволяє здійснювати контроль за ефективністю лікувальних заходів. Важливими перевагами УЗД є доступність, неінвазивність, нешкідливість і можливість проводити дослідження в динаміці.

Лікування хворих із неважким гострим панкреатитом здійснювали в умовах загальнохірургічного відділення, а лікування хворих з важким і вкрай

важким гострим панкреатитом – у відділенні інтенсивної терапії, де проводили інтенсивну коригуючу (протишокову) терапію, оскільки саме в даній категорії хворих дуже висока вірогідність розвитку ускладнень і летального випадку.

Результати досліджень та їх обговорення. Залежно від тактики лікування всі хворі гострим панкреатитом були розподілені на три групи (табл.1). До першої групи увійшли 1104 пацієнти, що знаходилися на лікуванні в клініці з 1979 по 1998 рр. У цій групі застосовувалася традиційна на той період хірургічна тактика (в т.ч. ранні хірургічні втручання), коли основним способом операції вважалася лапаротомія. Загальна летальність в 1-й групі склала 9,6%, серед неоперованих хворих – 2,4%, а післяопераційна летальність – 39,2%. Основними причинами смерті були сепсис, внутрішні і зовнішні панкреатичні, шлункові та кишкові нориці, арозивні внутрішньочеревні кровотечі та ін.

Таблиця 1

Загальні показники лікування хворих гострим панкреатитом

Показники	Етапи лікування хворих		
	1 етап 1979-1998 рр.	2 етап 1999-2003 рр.	3 етап 2004-2008 рр.
Всього хворих:	1104	1521	2796
померло	106 (9,6%)	43 (2,8%)	63 (2,3%)
Проліковано консервативно:	887	1319	2466
з них померло	21 (2,4%)	13 (1%)	47 (1,9%)
Оперовані:	217	202	330
з них померло	85 (39,2%)	30 (14,9%)	16 (4,9%)
Оперативна активність:	19,7%	13,3%	11,8%

До другої групи увійшов 1521 хворий, що знаходився на лікуванні в клініці з 1999 по 2003 рр. У цій групі, завдяки впровадженню в клінічну практику невідкладної сонографії, удалося понизити питому вагу порожнинних хірургічних втручань і збільшити число мініінвазивних операцій під контролем ультразвуку, перш за все, при гнійних ускладненнях панкреонекрозу. Загальна летальність в 2-й групі склала 2,8%, серед неоперованих хворих – 1%, післяопераційна летальність – 14,9%.

До третьої групи увійшло 2796 пацієнтів, що знаходилися на лікуванні в клініці з 2004 по 2008 рр. У даній групі застосовувався розроблений диференційований підхід до вибору способу і об'єму хірургічного втручання, у тому числі етапне проведення тих або інших операцій залежно від причини панкреатиту, фази його перебігу хвороби, а також виниклих ускладнень (табл.2).

Надзвичайно важливим моментом, який істотно впливає на результат лікування гострого панкреатиту, є термін виконання хірургічного втручання. Екстренні хірургічні втручання в найближчих 2-4 г від моменту госпіталізації хворого у хірургічний стаціонар показані при

розлитому ферментативному або гнійному перитоніті. Показанням до операції в найближчі 24-48 г з моменту захворювання є біліарний панкреатит: уклінений конкремент в ампулу великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК), папілостеноз та ін.

У найближчих 8-14 діб від початку захворювання, показанням до виконання оперативних втручань є гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення у сальниковій сумці (оментобурсит) і зачеревній клітковині, що зберігаються або зростають на тлі повноцінної консервативної терапії протягом 3-4 діб.

За два тижні від початку захворювання, показанням до виконання оперативних втручань є: постнекротичні інфіковані панкреатичні і парапанкреатичні рідинні скупчення в підшлунковій залозі або сальниковій сумці (абсцеси підшлункової залози або сальникової сумки) і зачеревній клітковині (флегмона зачеревної клітковини); відмежовані ділянки некротизованої паренхіми підшлункової залози (секвестри); внутрішні і зовнішні панкреатичні, шлункові і кишкові нориці; арозивні внутрішньочеревні кровотечі; панкреатичні псевдокісти; інші ускладнення панкреонекрозу (гній-

ний перитоніт, абсцеси черевної порожнини та ін.).

Аналіз незадовільних результатів лікування у 1-й і 2-й групах дозволив нам уточнити показання до вибору способу і об'єму операції, а також послідовність їх використання. На нашу думку відеолапароскопія показана при сумнівній клінічній картині, ферментативному перитоніті та неможливості накладення декомпресійної мікрохолецистостоми під ультразвуковим контролем, а лапароцентез – при сумнівній клінічній картині і ферментативному перитоніті.

Показаннями до застосування мініінвазивних втручань під контролем ультразвуку (МІВ-УЗ) є: гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в сальниковій сумці (оментобурит) і зачеревній клітковині, що зберігаються або збільшуються на тлі повноцінної консервативної терапії; постнекротичні інфіковані панкреатичні і парапанкреатичні рідинні скупчення в підшлунковій залозі або сальниковій сумці (абсцес підшлункової залози або сальникової сумки) і зачеревній клітковині (флегмона зачеревної клітковини); панкреатичні псевдокісти; біліарна гіпертензія.

Таблиця 2

Види хірургічних втручань і їх результати при гострому панкреатиті

Види операцій/ (летальність)	1 група 1979-1998 рр.	2 група 1999-2003 рр.	3 група 2004-2008 рр.
Гострий біліарний набряковий панкреатит			
ЕХТВ	-	19/0	91
ЕХТВ+ЧЧМХС*	-	4/0	5/0
Разом	-	23/0	96/0
Гострий біліарний некротичний панкреатит			
Л	3/1	-	-
Л+ЕХТВ*	-	3/0	4/0
(ЕХТВ) – Л **	-	1/1	2/1
ЕХТВ+МІВ-УЗ*	-	9/0	21
Разом	3/1 (33,3%)	13/1 (7,7%)	27/1 (5,9%)
Всього біліарний панкреатит	3/1 (33,3%)	36/1 (2,8%)	123/1 (0,8%)
Гострий небіліарний некротичний панкреатит			
Л	214/84 (39,3%)	63/23 (36,5%)	22/8 (36,4%)
МІВ-УЗ	-	64/0	85/2 (2,4%)
Л + МІВ-УЗ*	-	9/0	11/0
ЛС/ЛЦ + МІВ-УЗ*	-	6/0	18/0
ЛЮ	-	2/1	2/0
(МІВ-УЗ) – ЛЮ**	-	2/0	4/1 (25%)
Л+ЛЮ*	-	-	1/0
ЛС/ЛЦ + ЛЮ*	-	1/0	2/1
ЛС/ЛЦ	-	19/5 (26,3%)	62/3 (4,8%)
Разом	214/84 (39,3%)	166/29 (17,5%)	207/15 (7,3%)
Всього гострий панкреатит	217/85 (39,2%)	202/30 (14,9%)	330/16 (4,9%)

Примітка: Л – лапаротомія, дренування черевної порожнини і сальникової сумки (в ряді випадків у поєднанні із накладенням зовнішньої холецистостоми і єюностомі);

МІВ-УЗ – мініінвазивні втручання під контролем ультразвуку;

ЕХТВ – ендоскопічні хірургічні транспапілярні втручання;

ЛЮ – люмботомія, некрсеквестрэктомія, дренування зачеревної клітковини;

ЛС/ЛЦ – лапароскопія або лапароцентез, дренування черевної порожнини;

ЧЧМХС – черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія під контролем ультразвуку;

* – двохетапні операції;

** – операції, виконані у зв'язку із неефективністю першого етапу лікування.

Показанням до люмботомії із мінідступів є: відмежовані ділянки некротизованої інфікованої паренхіми підшлункової залози (секвестри), які не піддалися «розмиванню» при проведенні МІВ-УЗ; неефективність МІВ-УЗ при поширеній флегмоні зачеревної клітковини.

Показанням до виконання ендоскопічних хірургічних транспапілярних втручань (ЕХТВ) при

гострому біліарному панкреатиті є: уклинений в ампулу ВСДПК конкремент, папілостеноз, папіліт, а також холедохолітаз.

Показанням до лапаротомії є: гнійний перитоніт; арозивна внутрішньочерева кровотеча; відмежовані ділянки некротизованої паренхіми підшлункової залози (секвестри), коли по тих або інших причинах їх неможливо видалити за допомо-

гою люмботомії; уклінений в ампулу ВСДПК конкремент, коли по тих або інших причинах неможливо виконати ЕХТВ; абсцеси підшлункової залози або сальникової сумки, панкреатичні псевдокісти, коли по тих або інших причинах неможливо застосувати МІВ-УЗ.

Загальна летальність в 3-й групі хворих склала 2,3%, серед не оперованих хворих – 1,9%, післяопераційна летальність – 4,9%. Поліпшення результатів лікування хворих 3-й групи досягнуто завдяки зменшенню долі лапаротомії до 7,3% (у 1-й групі – 100%, у 2-й – 31,7%), збільшення числа усіх мініінвазивних операцій до 72,1% (у 1-й групі – 0, у 2-й – 50,5%) і етапних втручань до 20% (у 1-й групі – 0, у 2-й – 16,8%). Слід зазначити, що кількість МІВ-УЗ залишилася приблизно на тому ж рівні, що й у другій групі, проте в більшості випадків вони застосовувалися при асептичних панкреатичних і парапанкреатичних рідинних скупченнях, тобто у фазу асептичного панкреонекрозу. Це дозволило значно зменшити кількість абсцесів підшлункової залози або сальникової сумки, а також флегмон зачеревної клітковини, що разом із точною і своєчасною діагностикою форм і ускладнень гострого панкреатиту зумовило значне зниження післяопераційної летальності.

Висновки. 1. Дуже важливу роль в результаті

лікування хворих гострим панкреатитом грає своєчасна діагностика форм хвороби, а також сонографічний моніторинг, який дозволяє не лише оцінити ефективність лікування, але й спрогнозувати перебіг захворювання і розвиток місцевих ускладнень панкреонекрозу.

2. Показання до виконання хірургічного втручання, терміни його виконання, вибір способу і об'єму операції, а також етапність їх використання повинні залежати від фази перебігу хвороби і розвинутих ускладнень.

3. При виборі способу операції перевагу слід віддавати мініінвазивним хірургічним втручанням (під контролем ультразвуку, ендоскопічним, лапароскопічним та ін.), в т.ч. і їх комбінаціям, що залежить від конкретної клінічної ситуації.

4. Більш широке використання мініінвазивних хірургічних втручань під контролем ультразвуку в асептичній фазі панкреонекрозу сприяє зменшенню числа інфекційних ускладнень, в першу чергу за рахунок усунення субстрату для нагноєння.

5. Виконання відкритого хірургічного втручання, зробленого в екстреному порядку з приводу ферментативного перитоніту (тобто в асептичну фазу панкреонекрозу), а також з приводу гострого набрякового панкреатиту, слід вважати необґрунтованим лікувальним заходом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кондратенко П.Г. Профілактика інфікування панкреонекрозу у хворих на важкий панкреатит / П.Г. Кондратенко, О.О. Васильєв // Львівський медичний часопис. – 2008. – Том XIV, № 3. – С. 69-72.
2. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А.Васильєв, М.В.Конькова – Донецьк, 2008. – 352 С.
3. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: концептуальные вопросы диагностики и тактики лечения / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 68-76.
4. Конькова М.В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной абдоминальной хирургии / М.В. Конькова. – Донецьк: Новый мир, 2005. – 300 с.
5. Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология / А.Л. Костюченко, В.И. Филин. – СПб.: «Деан», 2000. – 480 С.
6. Лечение панкреонекроза / [Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлузов и др.] // Российский медицинский журнал. – 2002. – № 1. – С. 3 – 10.
7. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: Руководство для врачей / [Р.В.Вашетко, А.Д. Толстой, А.А. Курыгин и др.]. – СПб.: Питер, 2000. – 320 С.
8. Федоров В.Д. Хирургическая панкреатология: Руководство для врачей / Федоров В.Д., Буриев И.М., Икрамов Р.З. – М.: Медицина, 1999. – 208 С.
9. Шалимов С.А. Острый панкреатит и его осложнения / Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е.; [под ред. А.А. Шалимова]. – К.: Наукова думка, 1990. – 272 С.
10. Association Between ACE Inhibitors and Acute Pancreatitis in the Elderly / [R.M. Cheng, M.Mamdani, C.A. Jackevicius et al.] // Ann Pharmacother. – 2003. – № 37. – P. 994-998.
11. Baillie J. Treatment of acute biliary pancreatitis [Editorial] / J. Baillie // N Engl J Med. – 1997. – № 336. – P. 286-287.
12. Baron T.H. Acute Necrotizing Pancreatitis / T.H. Baron, D.E. Morgan // NEJM. – 1999. – №340. – P. 1412-1417.
13. Biliary Pancreatitis: The Era of Laparoscopic Cholecystectomy / [W.H. Schwesinger, C.P.Page, G.W.W. Gross et al.] // Arch Surg. – 1998. – №133. – P.1103-1106.
14. Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones / [J.P. Neoptolemos, D.L. Carr-Locke, N.J. London et al.] // Lancet. – 1988. – № 2. – P. 979-983.
15. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis / [U.R. Folsch, R. Nitsche, R.Ludtke et al.] // N Engl J Med. – 1997. – № 336. – P. 237-242.
16. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy / [S.T. Fan, E.C. Lai, F.P. Mok et al.] // N Engl J Med. – 1993. – № 328. – P. 228-232.
17. Management of the critically ill patient with severe acute pancreatitis / [A.B. Nathens, J.R.Curtis, R.J. Beale et Al.] // Crit. Care Med. – 2004. – № 32. – P. 2524-2536.
18. Persistent Pancreatocutaneous Fistula after Percutaneous Drainage of Pancreatic Fluid Collections: Role of Cause and Severity of Pancreatitis / [M. Fotoohi, H.B. D'Agostino, B. Wollman et al.] // Radiology. – 1999. – № 213. – P. 573-578.

SUMMARY**SURGICAL TACTICS AT ACUTE PANCREATITIS****Kondratenko P.G., Konkova M.V.**

Results of treatment of 5421 patients with acute pancreatitis treated in period of 1979-2008 were analyzed. Age of patients varied from 18 to 89 y.o. During the investigation new approach to treatment of acute pancreatitis was developed. This let to reduce common lethality to 2.3%, among nonoperated patients – to 4.9%, and postoperative lethality – to 4.9%. Postoperative lethality at acute biliary pancreatitis was 0.8%, at acute necrotizing pancreatitis – 6,8% (at biliary pancreatitis – 5.9%, at non-biliary – 7.3%). Improving of the results of treatment was attained due to timely and accurate diagnostics of forms and complications of the disease, including ultrasonographic monitoring of effectiveness of treatment, differential approach to choosing of method and volume of surgical intervention due to form and phase of disease, wide using of different miniinvasive surgical procedures (under ultrasonic control, endoscopic, laporoscopic etc.), and prophylaxis of infectious complications in the first instance due to reducing of suppuration substrate.

Key words: acute pancreatitis, surgical tactics