© В.П.Андрющенко, Ю.С. Лисюк, Д.М. Бідюк, О.І. Кушнірук, Н.М. Попович

УДК: 616.37-002.1-089

В.П.АНДРЮЩЕНКО, Ю.С. ЛИСЮК, Д.М. БІДЮК, О.І. КУШНІРУК, Н.М. ПОПОВИЧ
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра загальної хірургії, Львів; Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Львів

ГОСТРИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ: ОБҐРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ТАКТИЧНИХ ПІДХОДІВ

З метою оптимізації хірургічної тактики вивчено особливості перебігу та характер поєднаних уражень підшлункової залози та жовчовивідних шляхів при гострому біліарному панкреатиті в ранні терміни захворювання. Проведено співставлення клінічної маніфестації, даних інтраопераційної ревізії органів панкреатобіліарної сфери, висновків патоморфологічних досліджень жовчного міхура при різних формах гострого запального ураження підшлункової залози. За результатами вивчення не виявлено взаємозалежності між важкістю патологічних змін у біліарному тракті та підшлунковій залозі, стверджено недостатню ефективність ранніх хірургічних втручань щодо попередження виникнення деструктивних форм панкреатиту. Розпрацьовано диференційовану хірургічну тактику при гострому біліарному панкреатиті на підставі оцінки клінічних проявів перебігу захворювання та ефективності інтенсивної консервативної терапії. Застосування диференційованих тактичних підходів сприяло зменшенню післяопераційної летальності із 16,9% до 4,9% та поліпшенню безпосередніх результатів лікування.

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, ураження біліарного тракту, диференційована тактика, хірургічне лікування

Вступ. Проблеми лікування гострого біліарного панкреатиту (ГБП) зумовлені потенційним виникненням каскаду поєднаних патологічних процесів в органах панкреатобіліарної зони, розвитком деструктивних форм ураження підшлункової залози із некрозами в заочеревинній жировій клітковині (парапанкреатит, параколіт) та труднощами прогнозування перебігу захворювання в ранні його терміни [1, 3, 11]. Все це створює підґрунтя для протиріч у лікувально-тактичних підходах щодо способів лікування ГБП та термінів і обсягу оперативних втручань [1, 2, 3, 4, 5, 11].

Мета дослідження. Оптимізувати консервативне та хірургічне лікування ГБП на підставі вивчення особливостей і взаємозалежності поєднаних уражень підшлункової залози та органів гепатобіліарної системи для обґрунтування диференційованої лікувальної тактики.

Матеріали та методи. Проспективним вивченням охоплено 563 пацієнти із ГБП, пролікованих у спеціалізованому центрі лікування хворих на гострий панкреатит в Комунальній міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги м.Львова упродовж 2000–2010 років. Для вивчення особливостей та характеру поєднаних уражень органів панкреатобіліарної зони при ГБП ретроспективно проаналізовано перебіг захворювання у 78 пацієнтів (оперовано 48 осіб), які отримали лікування в 1990-1995рр в період домінування активної хірургічної тактики.

Діагностика ГБП і поєднаних патологічних процесів ґрунтувалася на клініко-лабораторних даних, результатах допоміжних методів обстеження (ультразвукової індикації, комп'ютерної томографії, лапароскопії, ендоскопічної ретроградної панкретохолангіографії), висновках інтраопераційної ревізії та патоморфологічних досліджень. Для повноцінної аргументації результатів дослідження враховували об'єктивні клінічні критерії: тривалість захворювання до госпіталізації та операції, дані інтраопераційної верифікації характеру ураження органів панкреатобіліарної зони, висновки візуалізуючих та патоморфологічних досліджень. Варіаційно-статистичне опрацювання результатів проводилося із застосуванням критерію Фішера.

Результати досліджень та їх обговорення. За період функціонування центру констатовано тенденцію до постійного щорічного збільшення кількості хворих на гострий панкреатит (з 149 пацієнтів у 2000р до 308 пацієнтів у 2010р). В загалі пролікованих за 10 років пацієнтів (n=2537) із ГП частка ГБП становила 22,2% (563 хворих). Наявність деструктивних форми ураження підшлункової залози констатовано у 106 (18,8%) осіб, водночас набрякова форма панкреатиту діагностовано у 457 (81,2%) пацієнтів.

В різні терміни первинної госпіталізації прооперовано 244 (43,3%) хворих на ГБП – хірургічні втручання виконувалися як у ранні терміни при ускладненому перебігу захворювання, так і у відтермінованому порядку після вщухання гострого запального процесу. Обсяг операції полягав переважно у відкритій або лапароскопічній холецистектомії (184; 75,4%), в тому числі із ревізією та санацією позапечінкових жовчовивідних проток. У незначної частини пацієнтів (18; 7,4%) виконувалася холецистектомія із дренуванням парапакреатичних рідинних скупчень або нагнійних осередків. У 42 хворих (17,2%) об'єм первинного хірургічного втручання полягав у некр-/секвестректомії із дренуванням ділянок гнійно-некротичного ураження

(абсцес/флегмона) підшлункової залози та заочеревинної жирової клітковини. Консервативну терапію як самостійний спосіб лікування застосовано у 319 (56,7%) хворих, у яких хірургічне втручання було відтерміновано із тактичних міркувань.

Для з'ясування взаємозалежності поєднаних уражень підшлункової залози та органів гепатобіліарної системи при ГБП були окреслені наступні питання вивчення : 1) чи існує пряма залежність між важкістю патологічних змін у підшлунковій залозі та жовчовивідних шляхах? 2) чи впливають особливості холелітіазу на важкість перебігу панкреатиту? 3) чи може раннє оперативне втручання попередити розвиток деструктивних уражень підшлункової залози? 4) чи патологія біліарного тракту при ГПБ обов'язково потребує ранньої хірургічної санації?

За результатами ретроспективного дослідження не виявлено залежності між важкістю ураження підшлункової залози і жовчного міхура: в групі пацієнтів із деструктивним панкреатитом наявність гострого запалення жовчного міхура за даними патоморфологічних досліджень констатовано лише в 33,3% випадків, відповідно у переважної більшості (66,7%) діагностовано лише загострення хронічного холециститу. Водночас, не спостережено різниці між частотою деструктивних форм холециститу (флегмонозний/гангренозний), які стверджено у пацієнтів (28,9%) із деструктивним ураженням підшлункової залози та у осіб (18,8%) із набряковим панкреатитом (P>0,05).

Подібні висновки щодо відсутності чіткої взаємозалежності ступеня біліарної гіпертензії та ураження підшлункової залози за результатами ранніх діагностичних лапароскопічних втручань вказують також інші дослідники [12].

Стосовно клінічних особливостей холелітіазу як "триггерного" чинника ГБП констатовано наявність мікроконкрементів (розмірами до 3 мм включно) у переважної кількості хворих. Зокрема, у 56,7% оперованих пацієнтів у жовчному міхурі були різнокаліберні, в тому числі дрібні конкременти, які також домінували (66,7% спостережень) при верифікованому холедохолітіазі. Зазначені особливості дозволяли стверджувати, що малі розміри конкрементів уможливлюють їх спонтанне проходження через папілу із її транзиторною обтурацією або розвитком гострого папіліту (як результат мікротравми). Так, у хворих із гіпербілірубінемією в період актуального приступу при інтраопераційному інструментальному обстеженні холедохолітіаз виявлено в 30% випадків, а вклинення конкременту у великому дуоденальному сосочку діагностовано тільки в одного пацієнта (2,1%), причому із набряковою формою панкреатиту.

В основній групі вивчення за результатами ЕРХГ та ЕПСТ у 29 пацієнтів із рефрактерною обтураційною жовтяницею ознаки папіліту були виявлені у 12 (41,4%) хворих, холедохолітіаз діагностовано у 23 (79,3%) пацієнтів, в т.ч. у 4 (13,8%) був мікролітіаз. Водночас, вклинення конкременту в папілі стверджено лише в одному випадку (3,4%). В ряді публікацій [6,8] наводяться подібні дані щодо частоти виявлення обтураційної жовтяниці та холангіту при ГБП.

Отже, у більшості пацієнтів не було важких морфологічних уражень і патологічних процесів у жовчовивідних шляхах, які можна було би вважати аргументованими показаннями для виконання негайної хірургічної санації.

При вивченні клінічних особливостей перебігу захворювання в ретроспективній групі встановлено, що значні ураження підшлункової залози виникали вже в ранні строки патологічного процесу. Так, більшість пацієнтів (64,4%) із деструктивним панкреатитом, в т.ч. із крупновогнищевим панкреонекрозом, були госпіталізовані в першу добу від моменту виникнення приступу, що створювало передумови для своєчасного проведення адекватної консервативної терапії. Окрім цього, в період активної хірургічної тактики різні форми деструктивного панкреатиту виявлено у 90% хворих, яким операційне втручання було виконане в першу добу госпіталізації, причому у половини із них (48,3%) тривалість патологічного процесу до операції була менше 48 годин, в тому числі у 28% не перевищувала 24 години. Отже, результати проведеного вивчення дозволили зробити висновок, що розвиток деструктивних форм ураження підшлункової залози можливий вже у першу добу захворювання, а виконання ранніх оперативних втручань не попереджувало їх виникнення. В окремих публікаціях [4] теж вказується на можливість раннього розвитку важких форм панкреатиту.

При вивченні клінічних особливостей поєднаних запальних уражень в органах біліарного тракту у більшості пацієнтів не виявлено морфологічного субстрату в жовчовивідних шляхах, який би слугував показанням для невідкладної хірургічної санації. Більш того, спостережено тенденцію до суб'єктивної гіперболізації хірургом важкості ураження біліарного тракту як одного із визначальних критеріїв для виконання ранніх оперативних втручань. Зокрема, це проявлялося в неспівпадінні клінічних трактувань та результатів морфологічних досліджень стосовно важкості ураження жовчного міхура. Так, у період активної тактики у 45% пацієнтів, оперованих в першу добу госпіталізації, при патоморфологічному дослідженні констатовано лише загострення хронічного холециститу, а загалом у 47,8% спостереженнях не підтверджено висновки інтраопераційної візуальної оцінки про наявність гострого запалення жовчного міхура. Окрім того,

обтураційну жовтяницю під час актуального приступу спостережено однаково часто в групах оперованих і неоперованих пацієнтів відповідно – в 58,1% та 42,9% випадків (P>0,05). Водночас, наявність холедохолітіазу стверджено інтраопераційно лише у 22,6% пацієнтів, а майже в половині випадків (42,9%) хірургічних втручань на фоні жовтяниці при ревізії констатовано прохідність папіли. За нашими даними навіть при виконанні неодноразових УСГ (моніторингу) в період госпіталізації пацієнтам із ГБП наявність холедохолітіазу (в т.ч. транзиторного) стверджено лише у 11,6% хворих. Подібні дані про відсутність холедохолітіазу у значної частини пацієнтів із ГБП наводяться також іншими авторами [7].

Вклинення конкрементів у великому дуоденальному сосочку із розвитком гострої обтурації термінального відділу холедоха спостерігалося рідко – у ретроспективній групі за даними інтраопераційної ревізії лише в 2,1% випадків, та у 3,4% – у контингенті пацієнтів із рефрактерною обтураційною жовтяницею (за даними ЕРХГ/ЕПСТ). Загалом, клінічні ознаки гнійного холангіту в ретроспективній досліджуваній групі спостережено у 11,5% та у 10,3% в групі хворих із рефрактерною жовтяницею (за даними ЕПСТ).

Це свідчить про те, що у переважної більшості хворих на ГПБ спостерігався транзиторний характер біліарної гіпертензії з високою ймовірністю досягнення декомпресії холедоха медикаментозними засобами, що уможливлює збереження морфофункціональної цілісності сфінктерного апарату папіли дванадцятипалої кишки. Водночас, транзиторне/тривале порушення відтоку жовчі може спричинити виникнення загрозливих для життя септичних ускладнень. За нашими даними частота гіпербілірубінемії становила 50,2%, що вважаємо обґрунтуванням доцільності проведення в цих випадках антибіотикопрофілактики, яку в останні роки застосовано у 69,8% пацієнтів із ГБП.

Таким чином, у переважної більшості хворих на ГБП не виявлено у жовчовивідних шляхах значимого морфологічного субстрату (деструктивний холецистит, вклинений конкремент) чи патологічного процесу (гнійний холангіт), які би потребували виконання хірургічних дій у невідкладному порядку. Це дозволило зробити висновок, що проведення стартової консервативної терапії в більшості випадків є патогенетично обґрунтованим і може бути доцільним – як спосіб відновлення прохідності проток біліопанкреатичної системи. Наші дані співзвучні із висновками подібних досліджень [1, 3, 9] та рекомендаціями виконання ЕПСТ за диференційованими показаннями [5, 9, 10, 11, 13].

Виявлені клінічні особливості ГБП стали підставою розпрацювання і застосування диференційованої тактики. Лікування розпочинали із багатовекторної інтенсивної терапії, ефективність якої в основній групі (563 пацієнти) сягала 88%, а у випадках недостатньої дієвості трактувалася як підготовка до операційного втручання. Це дозволяло виконувати відтерміновану санацію жовчовивідних шляхів у сприятливих умовах після ліквідації запального процесу. У випадках ГБП із рефрактерною обтураційною жовтяницею застосовували ЕПСТ, показаннями до виконання якої у невідкладному порядку вважаємо вклинений конкремент чи наростаючу біліарну гіпертензію із проявами холангіту. Показаннями до невідкладних та ранніх хірургічних втручань трактували деструктивний холецистит, а також важкі ураження біліарного тракту (гнійний холангіт, вклинення конкременту в дуоденальному сосочку) при неможливості ендоскопічної декомпресії позапечінкових жовчовивідних проток. Мініінвазивні хірургічні методики (лапароскопічна санація та дренування, пункція під ультрасонографічним наведенням) застосовували при виникненні інтраабдомінальних рідинних скупчень. Показаннями до відтермінованих операцій в гострий період захворювання були парапанкреатичні та (або) ретроколярні гнійні осередки. Планову хірургічну санацію жовчовивідних шляхів виконували відкритим або лапароскопічним методом в період актуальної або повторної госпіталізації.

Застосування стандартизованих диференційованих тактичних підходів при ГБП сприяло зменшенню післяопераційної летальності із 16,9% (в період активної хірургічної тактики) до 4,9% та поліпшенню безпосередніх результатів лікування.

Висновки.

1. В хірургічному лікуванні ГПБ доцільно застосовувати диференційовані тактичні підходи на підставі оцінки характеру поєднаних уражень органів біліарного тракту та підшлункової залози, клінічних проявів перебігу захворювання та ефективності консервативної терапії.

2. Ініціальне лікування ГБП полягає в інтенсивній багатовекторній терапії, яку у випадках із синдромом біліарної гіпертензії доцільно доповнювати застосуванням антибактерійних препаратів у режимі антибіотикопрофілактики.

3. Невідкладна ендоскопічна декомпресія жовчовивідних проток доцільна лише за наявності вклиненого в папілі конкременту, рефрактерної обтураційної жовтяниці з проявами холангіту.

4. Хірургічна санація біліарного тракту у лапароскопічній або традиційній операційній технології доцільна після вщухання гострого запалення підшлункової залози.

5. При розвитку важкого ураження підшлункової залози (інфікований панкреонекроз) та/або гнійних ускладнень (парапанкреатит, параколіт) хірургічне лікування має полягати у санації осередку гнійно-некротичного запалення без втручання на жовчовивідних шляхах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Диагностика и лечение острого билиарного панкреатита / С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мыльников, С.Ю. Орлов [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. — 2009. — Т. 14. — № 1. — С. 29—33.
2. Дроняк М.М. Диференційована хірургічна тактика у хворих з гострим біліарним панкреатитом та синдромом жовтяниці / М.М. Дроняк // Клінічна хірургія. — 2005. — №1. — С. 32—34.
3. Колосович І.В. Гострий біліарний панкреатит : сучасні проблеми діагностики і лікування / І.В. Колосович, Р.Ю. Спіцин // Хірургія України. — 2006. — № 4. — С. 53—56.
4. Комплексное лечение острого билиарного панкреатита, сочетающегося с острым калькулезним холециститом, с использованием современных эндохирургических методов / Е.Д. Хворостов, Ю.Б. Захарченко, М.С. Томин [та ін.] // Український журнал хірургії. — 2011. — № 6. — С. 43—46.
5. 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.
6. Мініінвазивні втручання у хірургічному лікуванні міліарного панкреатиту / В.М. Короткий, І.В. Колосович, Р.Ю. Спицин [та ін.] // Шпитальна хірургія. — 2005. — № 2. — С. 28—31.
7. Решетников Е.А. Диагностика и дифференцированное лечение острого панкреатита билиарной этиологии / Е.А. Решетников, А.С. Миронов, Ю.Я. Малов // Хирургия. — 2005. — № 11. — С. 25—28.
8. Ткачук О.Л. До питання показань до дренування жовчних шляхів при гострому біліарному панкреатиті / О.Л. Ткачук, В.А. Мясоєдова, Р.Я. Федорика // Український Журнал Хірургії. — 2009. — № 2. — С. 136—137.
9. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография и папиллосфинктеротомия при остром билиарном панкреатите/ А.Е. Борисов, К.Г. Кубачев, П.В. Сергеев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2009. — Т. 14. — № 1.— С. 80—84.
10. Banks P. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis / P. Banks, M. Freeman // American J. Gastroenterology.— 2006. — Vol. 101. — P. 2379—2400.
11. Beger H. Severe acute pancreatitis : Clinical course and management / H. Beger, B. Rau // World J. Gastroenterology. — 2007. — Vol. 13. — №38. — P. 5043—5951.
12. Is there any connection between bile outflow obstruction and laparoscopic signs of necrotizing pancreatitis in patients with acute biliary pancreatitis / A. Epshteyn, S. Dynkov, B. Duberman, [et al.]// Pancreatology. — 2010. — Vol. 10. — P. 364 (abstract).
13. Management of the critically ill patients with severe acute pancreatitis / A. Nathens, R. Curtis, R. Beale [at al.]. // Crit Care Med. — 2004. — Vol. 32. — № 12. — P.2524—2536.

ANDRJUSCHENKO V.P., LYSJUK Y.S., BIDJUK D.M., KUSHNIRUK O.I., POPOVICH N.M.

Lviv National Medical University By Danylo Halytsky, Department Of General Surgery, Lviv; Lviv Municipal City Clinical Hospital Of Emergency Medicine, Lviv

The clinical features and the character of combined lesions of the pancreas and bile ducts in early stages of acute biliary pancreatitis were studied for the optimization of surgical tactics. Clinical manifestations, surgical and pathomorphological data were analyzed. It was concluded that pathological changes of biliary tree do not affect the degree of pancreatic lesions. Early surgery also does not precede the appearance of destructive pancreatitis. Differential surgical tactic of biliary pancreatitis was developed according to the clinical manifestations of disease and efficacy of intensive treatment. The use of this tactic decreased mortality from 16,9% to 4,9%.

Key words: acute biliary pancreatitis, biliary lesions, differential tactics, surgery

Стаття надійшла до редакції: 11.05.2011 р.