

В.М. Копчак, д.м.н., професор, **І.В. Хомяк**, **К.В. Копчак**, **О.В. Дувалко**, **О.В. Кіт**, Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Диференційоване індивідуалізоване хірургічне лікування гострого панкреатиту

Незважаючи на досягнуті успіхи в лікуванні гострого панкреатиту, проблема далека від вирішення. Кількість хворих на гострий панкреатит постійно збільшується у всьому світі: в Україні в останні роки захворюваність на гострий панкреатит досягла 50-70 випадків на 100 тис. населення. Легка форма гострого панкреатиту зустрічається у 80-90% пацієнтів, перебігає без ускладнень, легко піддається консервативній терапії і часто минає спонтанно. Тяжка форма, або гострий некротичний панкреатит – одне з найбільш небезпечних захворювань органів черевної порожнини, а його хірургічне лікування є складною проблемою сучасної панкреатології та невідкладної абдомінальної хірургії. Летальність на тлі тяжкої форми цієї патології як в Україні, так і за кордоном сьогодні коливається в межах 15-30%. Інфіковані форми гострого некротичного панкреатиту супроводжуються летальністю до 85,7%. У пацієнтів, які вижили, нерідко виникають ускладнення, які призводять до інвалідизації, що негативно позначається на медико-демографічній ситуації загалом. Найчастіше гострий панкреатит розвивається в осіб працездатного віку (30-50 років), що зумовлює соціально-економічне значення проблеми. Питомою вагою гострого некротичного панкреатиту становить 10-20% від загального числа хворих на гострий панкреатит. Нині як в Україні, так і за кордоном не існує єдиної доктрини консервативного й хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту. Наявні в літературі повідомлення часто суперечливі. Предметом дискусій залишається прогнозування, вибір показань і термінів виконання хірургічних втручань, обсяг і технічні прийоми таких втручань, а також низка питань консервативної терапії.

Привертають увагу помилки у визначенні методу лікування хворих на гострий некротичний панкреатит. Частина фахівців є прибічниками концепції активного хірургічного лікування із проведенням відкритих лапаротомій, інші вважають показаннями до операції тільки наявність гнійно-септичних ускладнень. Усе це спонукає до вдосконалення хірургічної тактики у пацієнтів із гострим некротичним панкреатитом, розробки комплексу адекватних медикаментозних заходів консервативного лікування, визначення чітких термінів, показань до виконання мініінвазивних втручань, розробки й обґрунтування методів безпосереднього оперативного втручання на підшлунковій залозі, які здатні ліквідувати тяжкі прояви захворювання.

Ураховуючи класифікацію, прийняту на Міжнародному симпозиумі в м. Атланті (1992), ми дотримуємося класифікації гострого панкреатиту на:

- інтерстиціальний;
- некротичний;
- панкреонекроз – асептичний та інфікований;
- парапанкреатичне скупчення рідини – асептичне й інфіковане;
- псевдокіста підшлункової залози;
- абсцес підшлункової залози.

Систематизувавши досліджуваних хворих і беручи до уваги їх загальний стан під час перебування в стаціонарі, методи лікування, летальність, вважаємо за доцільне дотримуватися розподілу гострого панкреатиту на легкий, помірно-тяжкий і тяжкий. До тяжкого відносимо інфікований панкреонекроз, фульмінантний панкреатит і панкреатит з ознаками поліорганної недостатності.

Гострий панкреатит розглядаємо як фазове захворювання, і схему лікування слід обирати відповідно до фазового перебігу. Розрізняємо ферментативну, реактивну фази, фазу розплавлення і секвестрації, фазу реституції. Графічно фазовий перебіг хвороби наведено на рисунку 1.

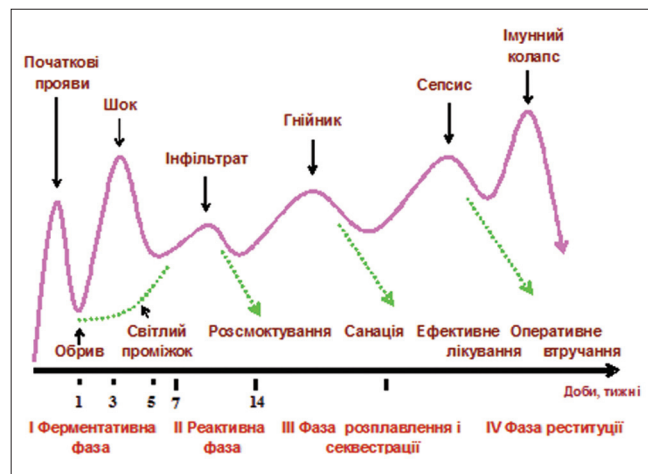


Рис. 1. Фази перебігу гострого панкреатиту

Адекватне патогенетичне лікування дозволяє перервати ланцюг ускладнень, запобігти подальшому прогресуванню тяжких проявів захворювання.

Наводимо дослідження, у якому нами проаналізовано результати лікування 569 пацієнтів із гострим некротичним панкреатитом, що знаходилися в клініці протягом 12 років, які й утворили ретроспективну, контрольну та основну групи досліджень. У першій, ретроспективній, період роботи проліковано 182 хворих, у другій, основній, період – 387 пацієнтів із гострим некротичним панкреатитом.

Вік хворих коливався від 18 до 79 років, при цьому жінок було 108 (18,98%), а чоловіків – 461 (81,02%).

Переважають пацієнти вікової групи від 41 до 50 років, що є закономірним при гострих захворюваннях підшлункової залози. Асептичні форми некротичного панкреатиту виявляли у 260 (67,18%) обстежених основної групи і у 107 (58,79%) – контрольної. Гнійно-септичні ускладнення спостерігали у 127 (32,82%) хворих основної групи і у 75 (41,21%) – контрольної. Загалом за період з 1997 по 2008 р. у 367 (64,50%) пацієнтів зафіксовано асептичний перебіг захворювання і у 202 (35,50%) – інфіковані форми гострого некротичного панкреатиту.

Алгоритм лікування при гострому некротичному панкреатиті обирали індивідуально з урахуванням фаз і особливостей перебігу захворювання. Розпочинали його з консервативних заходів, які полягали в знеболенні, корекції порушень центральної гемодинаміки і периферичного кровообігу, пригніченні секреторної активності підшлункової залози, корекції імунних порушень, дезінтоксикаційній терапії, адекватному білково-енергетичному забезпеченні, профілактиці гнійної інфекції, запобіганні виникненню стресових виразок, гепатопроктеції. Профілактика гнійної інфекції на початковому етапі включала призначення антибіотиків широкого спектра дії, в більшості випадків – карбапенемів, які добре накопичуються в паренхімі підшлункової залози, ефективні при нирковій недостатності, а надалі застосовували антибіотики відповідно до результатів бактеріологічного посіву.

Показаннями до призначення антибіотикопрофілактики слугували:

- наявність тяжкого гострого панкреатиту, який відповідає тяжкості стану хворого за шкалою Ranson більше трьох балів, за шкалою APACHE II – більше 8 балів;
- наявність двох і більше об'ємних рідинних скупчень, вогнищ некрозу з ураженням понад 30% паренхіми підшлункової залози за даними спіральовидної комп'ютерної томографії з контрастним підсиленням, яку виконували протягом 48-72 год після госпіталізації пацієнта.

Показаннями до антибіотикотерапії були:

- септичний стан хворого;
- лабораторно підтверджена інфекція;
- стан після хірургічних втручань з приводу наявності гнійно-септичних вогнищ підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини, інші супутні гнійно-септичні захворювання поряд із гострим некротичним панкреатитом.

Хочеться акцентувати увагу на тому, що антибіотикотерапія у пацієнтів із гострим некротичним панкреатитом є ефективною тільки у разі використання адекватної хірургічної тактики, повноцінної хірургічної санації гнійно-септичних вогнищ.

Застосування розробленого нами комплексу медикаментозних заходів дозволило досягти одужання у 150 (38,76%) хворих основної групи з асептичними формами гострого некротичного панкреатиту без будь-яких втручань, у тому числі й діапелтичних. У контрольній групі цей показник становив лише 29,67%.

У 32 (8,27%) пацієнтів основної групи з гострим некротичним панкреатитом в ензимно-токсичному періоді методом вибору вважали здійснення санації і дренажу черевної порожнини під відеолароскопічним контролем (рис. 2).

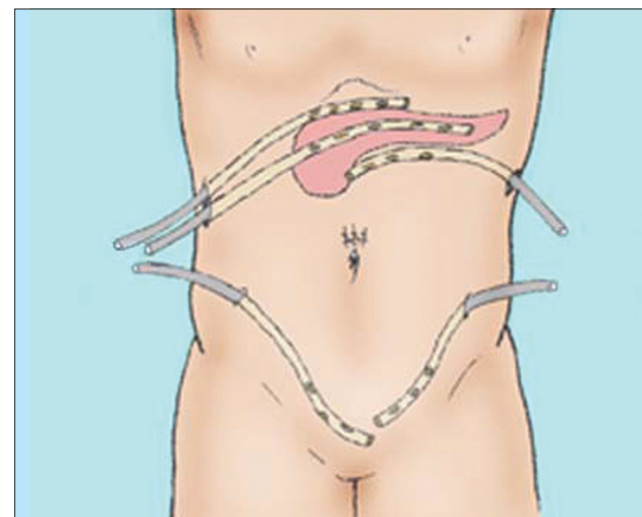


Рис. 2. Відеолароскопічне дренажування

Черезшкірні втручання під контролем ультразвунографії було виконано у 193 (49,87%) хворих основної групи і у 44 (24,18%) – контрольної. Скупчення рідини в сальниковій сумці виявлено у 124 пацієнтів основної групи (у 51 із них висіяли патогенну мікрофлору) і у 29 хворих групи порівняння (в 11 із них висіяли патогенну мікрофлору); діапелтичні втручання виконували у 32 пацієнтів з абсцесом підшлункової залози основної групи і у 4 – контрольної, із піддіафрагмальним абсцесом – у 20 хворих основної групи і у 3 пацієнтів групи порівняння, із постнекротичною псевдокістою великих розмірів – у 17 хворих основної і у 8 пацієнтів контрольної групи. Черезшкірні втручання під контролем ультразвунографії були остаточними у 24 (13,19%) хворих контрольної групи і у 104 (26,87%) – основної групи.

Наявність гострої постнекротичної кісти значно погіршувала внутрішньоорганний кровообіг у підшлунковій залозі внаслідок здавлення судин. Особливо наглядно це відзначали під час ультразвунографії з доплерографічним картуванням.

Пункцію патологічного вогнища здійснювали за допомогою голки Chiba. Дренажування виконували за Сельдінгером. Для одномоментного дренажування (у разі поверхневого розташування патологічної порожнини) застосовували стилет-катетер. Залежно від локалізації патологічного утворення і його розмірів доступ здійснювали, оминаючи судини і, по можливості, порожнисті органи черевної порожнини. Мініінвазивні втручання виконували через печінку, шлунок-селезінкову і шлунок-ободову зв'язки, малий сальник, транслюмбально, у разі неможливості застосування іншого доступу – трансгастрально (рис. 3).

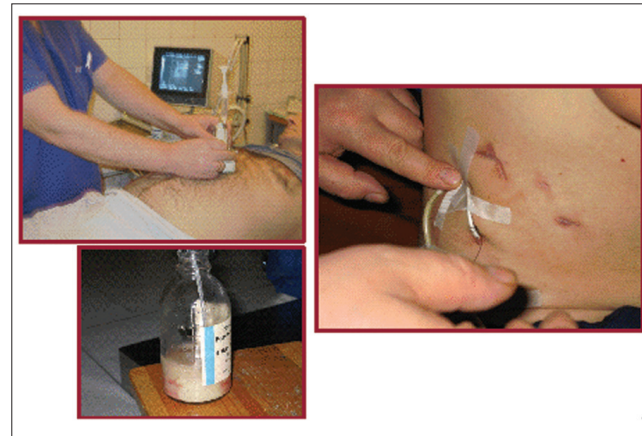


Рис. 3. Селективне дренажування патологічних вогнищ під контролем ультразвунографії

При дренуванні патологічного вогнища перевагу надавали введенню двох дренажів, що дозволяло створити аспіраційно-промивну систему. Під час лікувальної пункції максимально видаляли вміст, багато разів промивали порожнину розчинами антисептиків. До отримання антибіотикограми вводили антибіотики широкого спектра дії. Проведення мініінвазивних втручань під контролем УЗД дало змогу стабілізувати стан у 181 (46,77%) хворого основної групи, що проявлялося значним покращенням клініко-лабораторних показників. Контроль динаміки стану патологічної порожнини здійснювали за допомогою УЗД, рідко — за даними фістулографії або комп'ютерної томографії.

У 14 пацієнтів основної групи було виконано селективні мінілапаротомії й мінілumbотомії втручання у випадках обмежених локалізованих вогнищевих уражень підшлункової залози й парапанкреатичного простору (рис. 4).

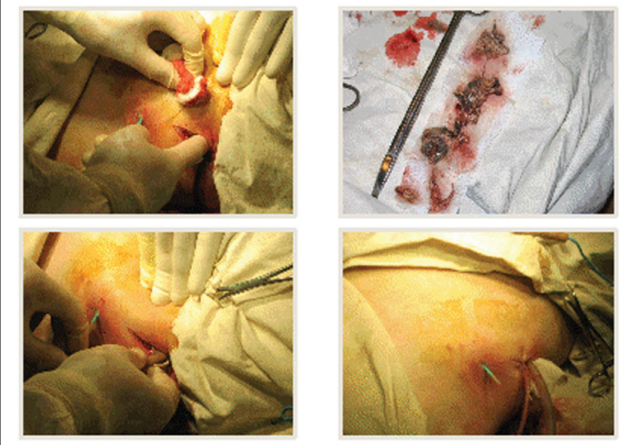


Рис. 4. Мінілumbотомії втручання

Показаннями до проведення подібних втручань слугували відмежовані локальні інфіковані скупчення рідини, абсцеси підшлункової залози й заочеревинного простору.

У 12 випадках у хворих на гострий некротичний панкреатит, ускладнений ураженням заочеревинної та парапанкреатичної клітковини, нами вперше в Україні застосовано селективну транслумбальну ретроперитонеовідеоскопічну санацію патологічного вогнища заочеревинного простору за допомогою нефроскопа. Для санації, видалення секвестрів і дренування парапанкреатичного й заочеревинного простору використовували нефроскоп з постійним низьконапірним промиванням і відсмоктуванням (рис. 5).

Застосування в лікувальному алгоритмі нового методу відеоконтрольованої позаочеревинної санації вогнищ панкреонекрозу за допомогою нефроскопа дозволяє виконати адекватну некректомію, санацію та дренування з мінімальною травматичністю для пацієнта. Результати запропонованого методу наочно відображає

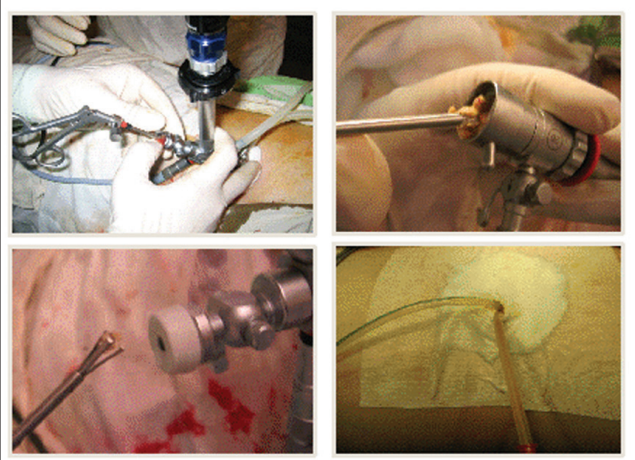


Рис. 5. Транслумбальна ретроперитонеовідеоскопічна санація патологічного вогнища заочеревинного простору за допомогою нефроскопа

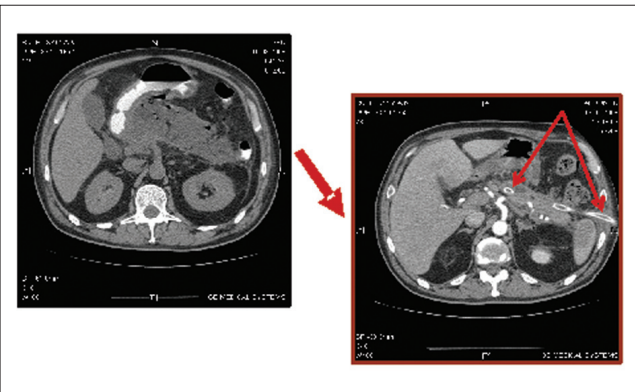


Рис. 6. Спіральовидна комп'ютерна томографія з контрастним болюсним підсиленням

спіральовидна комп'ютерна томографія з контрастним болюсним підсиленням (рис. 6).

Показаннями до лапаротомії були: прогресування перитоніту; прогресування біліарного панкреатиту за наявності деструктивного калькульозного холециститу, жовтяниці, холедохоліази, який не вдалося усунути за допомогою ендоскопічної папілосфінктеротомії; погіршення стану пацієнта, незважаючи на проведення інтенсивної терапії, мініінвазивних втручань; збільшення інфільтрату підшлункової залози або парапанкреатичної клітковини за неефективності консервативного й мініінвазивного лікування; інфікування вогнищ асептичного некрозу; наявність кровотечі з вогнищ некрозу; перфорація порожнистих органів і наявність норич; припущення щодо наявності іншого гострого захворювання органів черевної порожнини. Лапаротомію виконано у 128 (33,07%) пацієнтів із гострим некротичним панкреатитом основної групи й у 104 (57,14%) — контрольній групі.

Вважаємо, що чим пізніше від початку виникнення захворювання пацієнта було відкрито прооперовано, тим вища ефективність втручання. У разі ранньої лапаротомії у хворих із гострим некротичним панкреатитом неможливе максимальне видалення девіталізованих тканин підшлункової залози. Таким пацієнтам зазвичай виконують лише дренуючі операції, які нерідко надалі вимагають повторної, «програмованої», лапаротомії. Багаторазові санаційні втручання, які щоразу супроводжуються руйнуванням захисного бар'єра, спричиняють генералізацію інфекції й ініціюють вторинне інфікування підшлункової залози.

Оперативні втручання включали санацію, за необхідності, біліарного тракту, проведення панкреатонексеквестрэктомії, видалення некротичних вогнищ підшлункової залози й некрозу парапанкреатичної жирової клітковини (переважно тупо пальцем). Проводили санацію і дренування гнійної порожнини (рис. 7).

Нами розроблено спосіб хірургічного лікування панкреонекрозу, який включає панкреатонексеквестрэктомію із зовнішнім дренуванням головної панкреатичної протоки. Застосування цієї методики забезпечувало відведення агресивного соку підшлункової залози, що дозволяло попередити і знизити частоту післяопераційних ускладнень (рис. 8).

У разі локалізації гнійно-некротичного процесу в межах сальникової сумки операцію закінчували за Бегером, що передбачало формування закритої порожнини з постійним проточним промиванням антисептиками упродовж 9-24 днів до повного очищення промивних вод. Дві дренуючі еластичні трубки заводили в ложе видаленої некротичної тканини позаду згинів товстої кишки. Розкрити сальникову сумку зашивали (рис. 9).

У зв'язку із прогресуванням гнійно-некротичного процесу й поширенням його на парапанкреатичну та заочеревинну клітковину, виникненням ускладнень виконували повторні оперативні втручання в кількості від

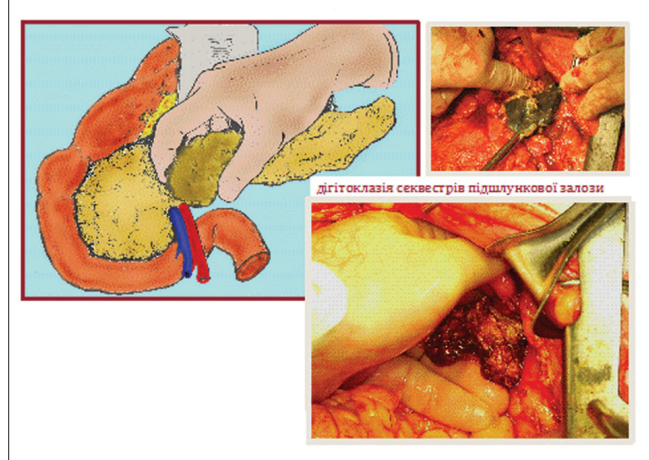


Рис. 7. Видалення некротичних вогнищ підшлункової залози та некрозу парапанкреатичної жирової клітковини

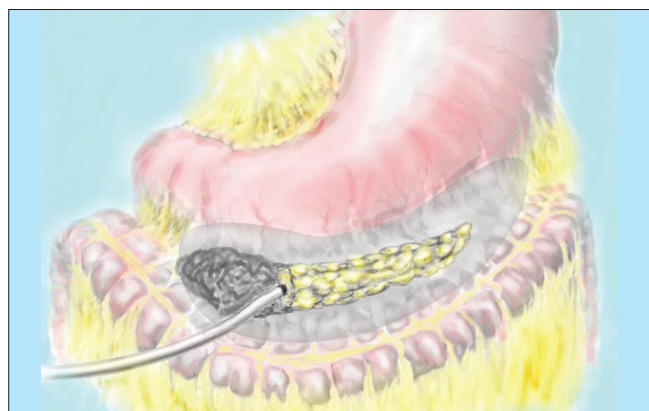


Рис. 8. Панкреатонексеквестрэктомія із зовнішнім дренуванням головної панкреатичної протоки

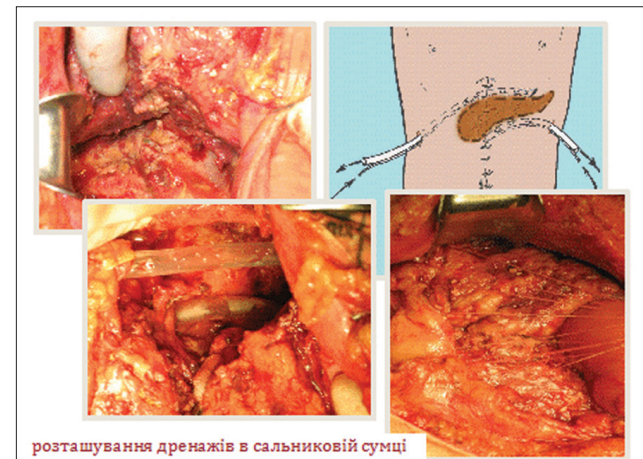


Рис. 9. Санація та дренування за Бегером

одного до восьми. Частота релапаротомій у контрольній групі становила 15,38%, в основній групі — 9,04%. При цьому видаляли некротичні тканини, здійснювали широке промивання й додаткове дренування гнійних порожнин. У випадках неможливості повного видалення некрозів підшлункової залози і навколишньої клітковини рану зашивали тимчасово на вузлах-бантиках, вишивали «блискавку» або формували пролонговану лапаротому. Релапаротомії і санації проводили до очищення рани від некротичних ділянок і утворення грануляцій.

Таким чином, основні принципи лікування гострого панкреатиту можна узагальнити в розробленому нами алгоритмі лікування (рис. 10).

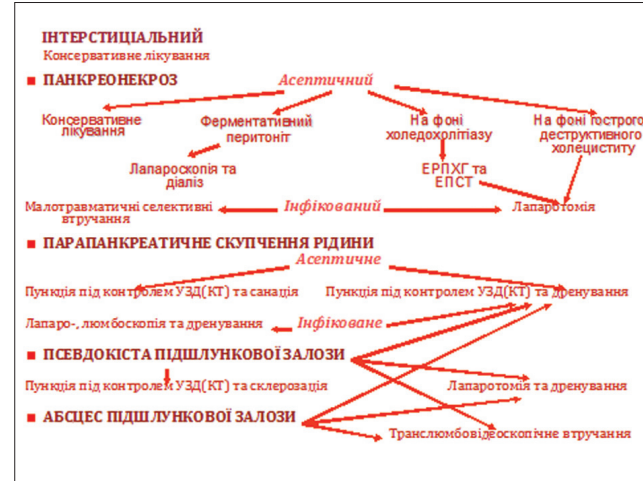


Рис. 10. Алгоритм лікування гострого панкреатиту

На зміну активній хірургічній тактиці в терапії хворих на гострий некротичний панкреатит нами було впроваджено вітчизняно-хірургічну тактику з переважанням мініінвазивних технологій над проведенням широких відкритих лапаротомій. Саме дотримання цієї тактики дозволило значно зменшити загальну й післяопераційну летальність, кількість ускладнень у такій важкій категорії пацієнтів, як хворі на гострий некротичний панкреатит. Летальність в основній групі пацієнтів на тлі гострого некротичного панкреатиту становила 6,7 проти 9,3% у контрольній групі; ускладнення в основній групі дослідження вдалося знизити у 2,3 рази; післяопераційна летальність у проспективній групі хворих становила 9,8 проти 13,3% у ретроспективній групі (рис. 11).

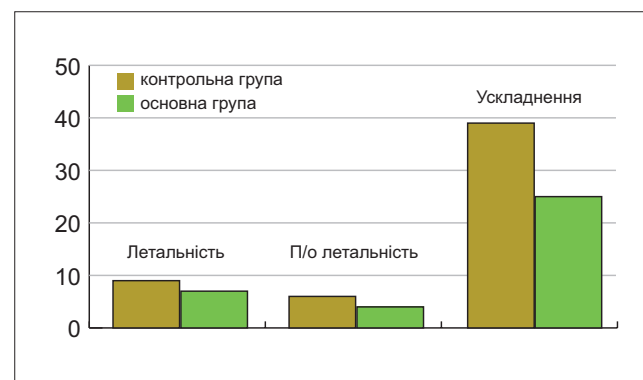


Рис. 11. Загальна та післяопераційна летальність, ускладнення у хворих на гострий некротичний панкреатит

Диференційований індивідуальний підхід, етапність у лікуванні відповідно до варіантів перебігу і фази захворювання, застосування розробленого нами комплексу медикаментозних заходів, широке впровадження мініінвазивних, селективних малотравматичних мінілапаро- й мінілumbотомій, відеоендоскопічних втручань дозволяють суттєво покращити результати хірургічного лікування тяжкого гострого панкреатиту.