

УДК 616.37 – 002.4 – 089.12

ІНДИВІДУАЛІЗОВАНА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

І.В. Хомяк

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, м. Київ

Реферат. Проблема хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту надзвичайно актуальна в сучасній панкреатології. Метою роботи було покращення результатів хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит шляхом впровадження патогенетично обґрунтованої тактики ведення хворих в залежності від стадії та варіантів перебігу захворювання, розробки та удосконалення методик оперативних втручань. В ході роботи нами проаналізовані результати лікування 177 хворих на гострий некротичний панкреатит, які знаходилися в клініці протягом 2006 – 2008 років. Асептичні форми некротичного панкреатиту відзначали у 93 (52,54%) хворих. Гнійно-септичні ускладнення спостерігали у 84 (47,46%) хворих. Черезшкірні втручання під контролем ультразвукографії виконані у 119 (67,23%) хворих. Застосування мініінвазивних втручань під контролем УЗД дозволило стабілізувати стан у 85 (48,02%) хворих. В 8-ми випадках у хворих на гострий некротичний панкреатит, ускладнений заочеревинним скупченням рідини (1), псевдокістами з наявністю секвестрів (4), абсцесами (3), нами вперше на Україні застосована селективна транслюмбальна позаочеревинна санація патологічного вогнища за допомогою нефроскопа. Лапаротомія виконана у 53 (29,94%) хворих. Оперативні втручання включали санацію, при необхідності, біліарного тракту, проведення панкреатонекрсеквестрэктомії, видалення некротичних вогнищ підшлункової залози та некрозу парапанкреатичної жирової клітковини. При розміщенні гнійно-некротичного процесу в межах сальникової сумки операцію закінчували за Бегером. У зв'язку з прогресуванням гнійно-некротичного процесу і поширенням його на парапанкреатичну та заочеревинну клітковину 23 хворим виконували повторні оперативні втручання в кількості від 1 до 6. Летальність в досліджуваній групі хворих при гострому некротичному панкреатиті склала 6,78%, післяопераційна летальність – 8,15%. Індивідуальний підхід, етапність в лікуванні відповідно до варіантів перебігу і фаз захворювання, широке застосування мініінвазивних, селективних малотравматичних лапаро – та люмботомій, відеоендоскопічних втручань дозволяють суттєво покращити результати хірургічного лікування ускладненого та тяжкого гострого панкреатиту.

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, хірургічне лікування, індивідуалізована тактика, малотравматичні втручання.

Проблема хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту одна із найтяжчих в панкреатології і на сучасному етапі продовжує привертати велику увагу дослідників. Гострий панкреатит є розповсюдженим захворюванням, що зустрічається в 25-80 випадках на 100 тис. населення. Легкі форми гострого панкреатиту зустрічаються в 75-80% випадків,

проходять без ускладнень, легко піддаються консервативній терапії і часто проходять спонтанно. Тяжкі форми гострого панкреатиту супроводжуються летальністю в 5-20% випадків [2, 3, 5, 10].

На сьогоднішній день хірурги притримуються думки, що виконання оперативного втручання повинно бути максимально відстроченим з метою утворення вираженої демаркації в зоні некрозу підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини для зручного проведення оперативного втручання [1, 4, 6, 7]. В хірургічній практиці починають все ширше застосовувати малотравматичні методики лікування. Найбільш широкого розповсюдження набула методика черезшкірного дренивання під контролем ультразвукографії або КТ. Серед недоліків цього методу виділяють недостатню санацію ретроперитонеального простору та можливість утворення зовнішньої панкреатичної нориці. Методики санації парапанкреатичної клітковини шляхом виконання мінідоступів, а саме мінілюмботомій, є альтернативою відкритому оперативному втручання при проведенні етапного лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом [1, 4, 12].

Загальноприйнятими методиками виконання оперативного втручання є некрсеквестрэктомія з наступним закритим лаважем, плановими релапаротоміями, або з виконанням лапаростомії [4, 5, 9, 11].

На сьогодні як в Україні, так і за кордоном, ще не існує єдиної доктрини консервативного та хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту. Існуючі в літературі повідомлення часто суперечливі. Предметом обговорень залишається прогнозування, вибір показань та термінів виконання хірургічних втручань, обсяг і технічні прийоми оперативних втручань [2, 3, 8, 10].

М е т а

Метою роботи було покращення результатів хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит шляхом впровадження патогенетично обґрунтованої тактики ведення хворих в залежності від стадії та варіантів перебігу захворювання, розробки та удосконалення методик оперативних втручань.

Матеріал та методи

В ході роботи нами проаналізовані результати лікування 177 хворих на гострий некротичний панкреатит, які знаходилися в клініці протягом 2006 – 2008 років. Асептичні форми некротичного панкреатиту відзначали у 93 (52,54%) хворих. Гнійно-септичні ускладнення спостерігали у 84 (47,46%) хворих.

В передопераційному періоді пацієнтам виконували: клінічні та лабораторні дослідження, ультрасонографію, комп'ютерну томографію, спіралевидну комп'ютерну томографію, ендоскопічну фіброгастроуденоскопію, додаткові дослідження з приводу супутньої патології та ускладнень.

Ультрасонографію органів черевної порожнини вважали скринінговим методом. Дослідження виконували з використанням апарата "Алока SSD-630" (Японія) в режимі реального часу. Апарат оснащений конвексним датчиком 3,5 МГц, лінійним датчиком 3,5 МГц, призначеним для черезшкірних маніпуляцій (пункції, лікувальне та діагностичне дренирування). Черезшкірні втручання під контролем ультрасонографії виконані у 119 (67,23%) хворих. Скупчення рідини в сальниковій сумці виявлене у 67 пацієнтів (у 22 із них висіяли патогенну мікрофлору), абсцес підшлункової залози – у 17, піддіафрагмальний абсцес – у 11, постнекротична псевдокіста великих розмірів – у 24 хворих. Наявність гострої постнекротичної кисти значно погіршувала внутрішньоорганний кровотік в підшлунковій залозі внаслідок здавлення судин. Особливо наглядно це відзначали під час ультрасонографії з доплерографічним картуванням.

В 8-ми випадках у хворих на гострий некротичний панкреатит, ускладнений заочеревинним скупченням рідини (1), псевдокістами з наявністю секвестрів (4), абсцесами (3), нами вперше на Україні застосована селективна транслюмбальна позаочеревинна санація патологічного вогнища за допомогою нефроскопа. Для виконання санації парапанкреатичного простору за допомогою нефроскопа (на спосіб отримано патент України) використовували відеоендоскопічну апаратуру фірми Karl-Storz-Endoskope.

Лапаротомія виконана у 53 (29,94 %) хворих.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням програми "Microsoft Excel", "Statistica 6.0".

Результати та обговорення

Алгоритм лікування вибирали індивідуально відповідно фазам і особливостям перебігу захворювання. Починали його з консервативних заходів, які полягали в наступному: знебо-

лення, корекція порушень центральної гемодинаміки і периферичного кровообігу, пригнічення секреторної активності підшлункової залози, корекція імунних порушень, дезінтоксикаційна терапія, адекватне білково-енергетичне забезпечення, профілактика гнійної інфекції, профілактика виникнення стресових виразок, гепатопротекція. Принциповим в комплексі консервативних заходів вважаємо застосування озонотерапії та призначення ронколейкіну. Застосування озонотерапії в комплексному лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит покращує клітинний, гуморальний та місцевий імунітет, нормалізує біохімічні показники. На 7-у добу лікування у хворих спостерігалась тенденція до покращення імунологічних показників виражена різною мірою в паралельних групах. Характерним було зниження вмісту циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) до 0,3+0,19 ум.од., що відповідає нормальному рівню. За виражених порушень вихідного стану імунної системи, застосування озонотерапії, у тому числі місцевої, дозволяло також кардинальним чином впливати на показники клітинного імунітету, сприяючи їх швидкій нормалізації. Основна мета використання ронколейкіна – заповнення дефіциту і відтворення біологічної активності в організмі ендогенного ІЛ-2, одного з важливих компонентів системи поліпептидних медіаторів – цитокінів. Головна функція ІЛ-2 – це стимуляція проліферації і диференціювання клітин, що беруть участь в розвитку адаптивного імунітету, за рахунок вибіркової активації імунної відповіді на конкретний антиген. ІЛ-2 самостійно (без антигенної стимуляції) активує Т-лімфоцити, що виявляється індукцією проліферації останніх. Застосування розробленого нами комплексу медикаментозних заходів дозволило в 42 (23,73%) випадках досягти одужання у хворих з асептичними формами гострого некротичного панкреатиту без будь-яких втручань, у тому числі і діапевтичних.

Черезшкірні втручання під контролем ультрасонографії виконані у 119-(67,23%) хворих. Під час лікувальної пункції максимально видаляли вміст, багато разів промивали порожнини розчинами антисептиків, зокрема, озонованим фізіологічним розчином, бетадином. Застосування мініінвазивних втручань під контролем УЗД дозволило стабілізувати стан у 85 (48,02%) хворих, що виявлялося значним покращенням клініко-лабораторних показників. В процесі роботи вперше вивчені клініко-ультразвукові паралелі перебігу гострого некротичного панкреатиту відповідно фазам захворювання, що

дозволило визначити та обґрунтувати строки оперативних втручань і прогнозувати подальший розвиток патологічного процесу. Вперше вивчена ефективність черезшкірних діапептичних втручань в лікуванні ранніх ускладнень гострого некротичного панкреатиту на фоні застосування антисекреторних препаратів сандостатина та соматуліна.

Визначені покази і проведені у 7 хворих селективні мінілапаротомні та мінілюмботомні втручання пацієнтам з обмеженими локалізованими вогнищевими ураженнями підшлункової залози та парапанкреатичного простору.

В 8-ми випадках у хворих на гострий некротичний панкреатит, ускладнений заочеревинним скупченням рідини (1), псевдокістами з наявністю секвестрів (4), абсцесами (3), нами вперше на Україні застосована селективна транслюмбальна позаочеревинна санація патологічного вогнища за допомогою нефроскопа. Для санації, видалення секвестрів та дренивання парапанкреатичного і заочеревинного простору використовували нефроскоп фірми «Karl-Storz-Endoskope» з постійним низьконапірним промиванням та відсмоктуванням. Застосування у лікувальному алгоритмі нового

методу відеоконтрольованої позаочеревинної санації вогнищ панкреонекрозу за допомогою нефроскопа дозволяє виконати адекватну некректомію, санацію та дренивання з мінімальною травмою для пацієнта.

Показаннями до лапаротомії були: прогресування перитоніту; прогресування біліарного панкреатиту за наявності деструктивного калькульозного холециститу, жовтяниці, холедохолітазу, який не вдалося усунути за допомогою ендоскопічної папілосфінктеротомії; погіршення стану хворого, незважаючи на проведення інтенсивної терапії, мініінвазивних втручань; збільшення інфільтрату підшлункової залози або парапанкреатичної клітковини при неефективності консервативного та мініінвазивного лікування; інфікування вогнищ асептичного некрозу; наявність кровотечі з вогнищ некрозу; перфорація порожнистих органів і наявність нориць; припущення про наявність іншого гострого захворювання органів черевної порожнини.

Лапаротомія виконана у 53 (29,94%) хворих. Оперативні втручання включали санацію, при необхідності, біліарного тракту, проведення панкреатонекрсеквестректомії, видалення

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

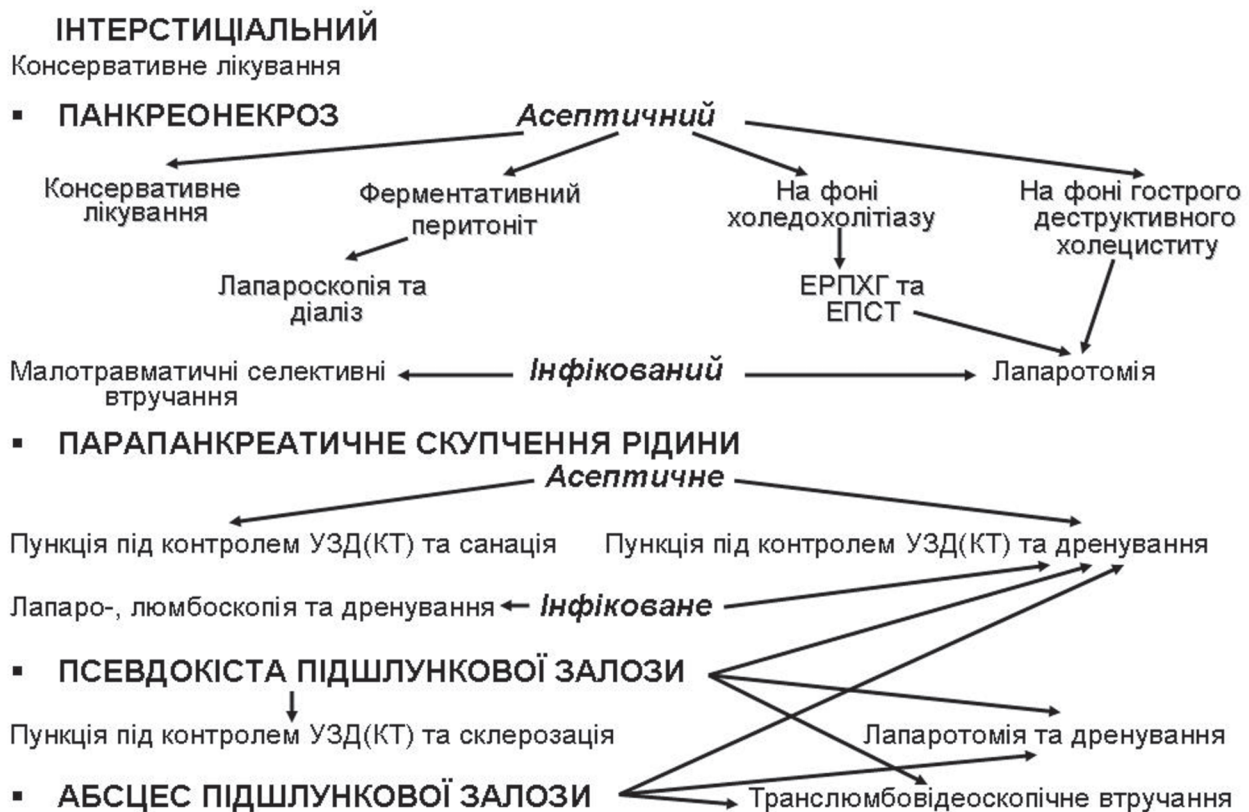


Рис. Алгоритм лікування гострого панкреатиту

некротичних вогнищ підшлункової залози та некрозу парапанкреатичної жирової клітковини (переважно тупо пальцем). Проводили санацію і дренування гнійної порожнини. При розміщенні 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 цілковитого очищення промивних вод.

У зв'язку з прогресуванням гнійно-некротичного процесу і поширенням його на парапанкреатичну та заочеревинну клітковину 23 хворим виконували повторні оперативні втручання в кількості від 1 до 6. Релапаротомії та санації проводили до очищення рани від некротичних ділянок і утворення грануляцій.

Таким чином, основні принципи лікування гострого панкреатиту зведені в розроблений нами алгоритм лікування (див. рис.).

Летальність в досліджуваній групі хворих при гострому некротичному панкреатиті складала 6,78%, післяопераційна летальність – 8,15%.

З а к л ю ч е н н я

Індивідуальний підхід, етапність в лікуванні відповідно до варіантів перебігу і фаз захворювання, широке застосування мініінвазивних, селективних малотравматичних лапаро – та люмботомій, відеоендоскопічних втручань дозволяють суттєво покращити результати хірургічного лікування ускладненого та важкого гострого панкреатиту.

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

И.В. Хомяк

Реферат. Проблема хирургического лечения острого некротического панкреатита чрезвычайно актуальна в современной панкреатологии. Целью работы было улучшение результатов хирургического лечения больных острым некротическим панкреатитом путем внедрения патогенетически обоснованной тактики ведения больных в зависимости от стадии и вариантов течения заболевания, разработки и усовершенствования методик оперативных вмешательств. В ходе работы нами проанализированы результаты лечения 177 больных острым некротическим панкреатитом, которые находились в клинике в течение 2006 – 2008 годов. Асептические формы некротического панкреатита отмечали у 93 (52,54%) больных. Гнойно-септические осложнения наблюдали у 84 (47,46%) больных. Чрескожные вмешательства под контролем ультразвуковой диагностики выполнены у 119 (67,23%) больных. Применение миниинвазивных вмешательств под контролем УЗИ позволило стабилизировать состояние у 85 (48,02%) больных. В 8-ми случаях у больных острым некротическим панкреатитом, осложненным забрюшинным скоплением жидкости (1), псевдокистами с наличием секвестров (4), абсцессами (3), нами впервые на Украине приме-

нена селективная транслюмбальная забрюшинная санация патологического очага с помощью нефроскопа. Лапаротомия выполнена у 53 (29,94%) больных. Оперативные вмешательства включали санацию, при необходимости, билиарного тракта, проведение панкреатонексеквестрэктомии, удаление некротических очагов поджелудочной железы и некроза парапанкреатической жировой клетчатки. При нахождении гнойно-некротического процесса в пределах сальниковой сумки операцию заканчивали по Бегеру. В связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса и распространением его на парапанкреатическую и забрюшинную клетчатку 23 больным выполняли повторные оперативные вмешательства в количествах от 1 до 6. Летальность в исследуемой группе больных при остром некротическом панкреатите составила 6,78%, послеоперационная летальность – 8,15%. Индивидуальный подход, этапность в лечении в соответствии с вариантами течения и фаз заболевания, широкое применение миниинвазивных, селективных малотравматических лапаро – и люмботомий, видеоэндоскопических вмешательств позволяют существенно улучшить результаты хирургического лечения осложненного и тяжелого острого панкреатита.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, хирургическое лечение, индивидуализированная тактика, малотравматические вмешательства.

INDIVIDUALIZED SURGICAL TACTIC IN TREATMENT OF ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

I.V. Khomyak

Abstract. The problem of surgical treatment of acute necrotizing pancreatitis is a key-point in modern pancreatology. The purpose of work was an improvement of results of surgical treatment of patients with an acute necrotizing pancreatitis by introduction of the individualized tactic in treatment of patients depending on the stage and variants of the disease, development and improvement of methods of operative techniques. We have analyzed the results of treatment of 177 patients with acute necrotizing pancreatitis, treated in clinic during 2006 – 2008 years. The aseptic forms of necrotizing pancreatitis were diagnosed in 93 (52,54%) patients. Festering-septic complications were diagnosed in 84 (47,46%) patients. Percutaneous interventions under ultrasound (US) control were performed in 119 (67,23%) patients. Application of US-guided interventions allowed to stabilize general state in 85 (48,02%) patients. In 8 cases of acute necrotizing pancreatitis, complicated with retroperitoneal fluid collections (1), by pseudocysts with the presence of sequesters (4), abscesses (3) first in Ukraine percutaneous retroperitoneoscopy was applied for debridement and drainage by nephroscope. Laparotomy was performed in 53 (29,94%) patients. Pancreatic necrosectomy was performed and completed in the majority of cases by closed packing after Beger. Due to progression of the disease and affection of retroperitoneal tissue in 23 patients relaparotomies from 1 to 6 were done. Mortality in the group of patients with acute necrotizing pancreatitis was 6,78%, postoperative mortality – 8,15%. Individualized approach, step-by-step treatment according to the variants and phases of the disease, wide use of miniinvasive, selective minilaparotomy – and lumbotomies, video-endoscopic interventions allowed to achieve improvement of the results of surgical treatment of the complicated and heavy acute pancreatitis.

Key words: acute necrotizing pancreatitis, surgical treatment, individualized tactics, miniinvasive interventions.

ЛІТЕРАТУРА

1. Копчак В.М., Хомяк І.В., Копчак К.В. Люмботомічна відеоконтрольована санація заочеревинного простору у хворих на гострий некротичний панкреатит // Клін. хірургія. – 2008. – № 9 (786). – С. 23-26.
2. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлузов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. – 2-е изд., перераб. – М.: Бином-Пресс, 2004. – 304 с.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. – 264 с.
4. Шалімов О.О., Копчак В.М., Хомяк І.В. та співавт. Етапне хірургічне лікування гострого деструктивного панкреатиту // Галицький лікарський вісник. – 2002. – Т.9. – № 3. – С. 285-286.
5. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 224 с.
6. Banks PA, Freeman ML Practice guidelines in acute pancreatitis // Am J Gastroenterol. – 2006. – Vol 101. – P. 2379-2400.
7. Beger HG, Isenmann R. Acute pancreatitis: Who needs an operation? // J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2002. – № 9. – P. 436-442.
8. Connor S, Raraty MG, Neoptolemos JP, et al. Does infected pancreatic necrosis require immediate or emergency debridement? // Pancreas. – 2006. – Vol 33. – P. 128-134.
9. Farkas G, Marton J, Mandi Y, et al. Surgical management and complex treatment of infected pancreatic necrosis: 18-year experience at a single center. J Gaslrointest Surg 2006. – Vol. 10.-p. 278-285.
10. Jonson C.H., Imrie C.W. Pancreatic Diseases. – Springer, 1999. – P.1-253.
11. Rau B, Bothe A, Beger HG Surgical treatment of necrotizing pancreatitis by necrosectomy and closed lavage: changing patient characteristics and outcome in a 19-year, single-center series. Surgery 2005. – Vol. 138. – p. 28-39.
12. Zhu JF, Fan XH, Zhang XH. Laparoscopic treatment of severe acute pancreatitis // Surg Endosc. – 2001. – № 15. – P. 146-148.