

УДК: 616.37 – 002 – 036.11 – 08 – 092

МАЛОІНВАЗІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ

В.І. Коломійцев, Я.І. Гавриш, Ф.П. Інденко, Т.І. Шахова, Т.М. Іванків, Ю.П. Довгань, В.Г. Жемела, М.П. Павловський

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Реферат. Вступ. При гострому біліарному панкреатиті (ГБП) широко використовують малоінвазійні методи, проте їх використання обмежене при важкому перебігу. Мета. Вивчити ефективність, особливості проведення, визначити показання і проти-показання до виконання малоінвазійних втручань у хворих на некротичний ГОП. Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування 97 хворих з некротичним ГБП. У комплекс лікувальних заходів включали ендоскопічні ретроградні втручання на великому дуоденальному сосочку і жовчних протоках, лапароскопічні операції на органах панкреатобіліарної зони, малоінвазійні черезшкірні втручання під контролем ультрасонографії і рентгенівських променів. Результати та обговорення. Ендоскопічне обстеження 12-палої кишки проведено всім хворим, проте через анатомічні зміни виконати ЕРХГ та папілотомію вдалося лише у 85 (88%) хворих. Добрий ефект відзначено при використанні внутрішньоартеріального введення препаратів (8 хворих), пункції під контролем УСГ і дренивання черевної порожнини, ендоскопічного внутрішнього дренивання псевдокіст, лапароскопічних холецистектомій і санації черевної порожнини за показаннями. При вимушених операціях в гострому періоді ГБП невдалими були спроби лапароскопічної холедохоскопії. Висновок. Впровадження малоінвазійних технологій у лікування хворих на некротичний гострий біліарний панкреатит зменшило кількість лапаротомій до 7,2% і летальність - до 3,1%

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, ендоскопія, лапароскопія, ультрасонографія.

Гострий біліарний панкреатит (ГБП) залишається однією з актуальних проблем сучасної медицини [2]. За частотою виникнення він складає 35-70% від усіх панкреатитів. Захворювання гепато-біліарної системи є основною причиною підвищення тиску в протоковій системі підшлункової залози, що є тригерним механізмом розвитку панкреатиту [1, 6]. Холелітіаз (особливо небезпечним є мікролітіаз) і пов'язані з ним органічні зміни у жовчних протоках, папілі і дванадцятипалій кишці, дискоординація у роботі сфінктерних апаратів папіли, холедоха і панкреатичної протоки спричинюють рефлюкс жовчі у панкреатичну протоку, її затримку і взаємодію з панкреатичним соком, інтрапанкреатичну гіпертензію, що і є основною причиною виникнення ГБП. Наявність при цьому вогнищ інфекції у жовчному міхурі і протоках сприяє швидкому інфікуванню некротизованих тканин і приєднанню гнійно-септичних ускладнень.

У лікуванні хворих на гострий біліарний панкреатит до тепер немає єдиного підходу. Лікування таких пацієнтів стає ще більш проблематичним при важкому некротичному панкреатиті з проявами поліорганної недостатності/дисфункції. Не прояснюють ситуацію і велика кількість запропонованих прогностичних критеріїв оцінки ступеня важкості перебігу ГП (Ranson, APACHE II, SAPS, тощо), які не враховують особливостей ГБП, пов'язаних з проблемами у біліарній системі. Часом ці проблеми не лише змінюють лікувальні підходи, а можуть стати і домінуючими в клінічній картині: гострий холецистит, холангіт, абсцеси печінки, біліарний сепсис.

При легкому перебігу ГБП у лікувальному алгоритмі досить чітко визначено значення і місце малоінвазійних втручань, які сприяють скорому одужанню хворого: при поєднанні ГБП з гострим холециститом рекомендують у стислі терміни проводити лапароскопічну холецистектомію [3, 4]; при прогресуванні клінічних ознак біліарної обструкції - механічної жовтяниці, холангіту, вклинненні конкременту у папілі, дилатації жовчних проток, - використовують ендоскопічну папілотомію з арсеналом ендобіліарних втручань [1, 2, 7, 8]. Проте, низка технічних проблем, що виникають при малоінвазійному лікуванні пацієнтів із важким перебігом панкреатиту, часом примушує хірурга вибрати відкриту операцію, сподіваючись за один раз вирішити всі проблеми у лікуванні хворого [2, 5, 9]. Отже, на сьогодні не існує загально визнаної тактики лікування хворих з некротичним ГБП з урахуванням різноманітності можливих біліарних, локальних і системних ускладнень і можливостей малотравматичних мініінвазійних технологій.

М е т а р о б о т и полягає у визначення показань і протипоказань до виконання ендоскопічних ретроградних втручань на великому дуоденальному сосочку і жовчних протоках, вивченні особливостей виконання і ефективності, лапароскопічних операцій на органах панкреатобіліарної зони, малоінвазійних черезшкірних втручань під контролем ультрасонографії і рентгенівських променів в хворих з некротичним ГБП.

Матеріал та методи

За період 1997-2008 р.р. ми обстежили 339 хворих на ГБП, які проходили лікування у клініці хірургії № 1 ЛНМУ. Серед хворих було 159 жінок і 65 чоловіків у віці від 19 до 89 років (у середньому - 51,1 рік). Діагноз встановлювали на основі результатів об'єктивного клінічного і комплексного лабораторного обстежень, ультрасонографії, рентгеноскопії. Для підтвердження наявності некрозів підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини використовували комп'ютерну томографію. Згідно з Міжнародною класифікацією (Атланта, 1992), у 242 пацієнтів діагностовано легкий (набрякова форма) й у 97 - важкий (некротична форма) перебіг гострого панкреатиту. Головка ПЗ була охоплена процесом у 68% хворих, тіло - у 45%, хвіст - у 43% хворих.

Результати загальноприйнятих аналізів підтвердили наявність ГБП у пацієнтів (табл. 1), серед яких у 163 (48%) були клінічно-лабораторні ознаки біліарної гіпертензії. Характерними були і зміни прозапальних (інтерлейкін 1 α , інтерлейкін 8, фактор некрозу пухлин α) і протизапальних (антагоніст рецепторів інтерлейкіну 1, інтерлейкін 10) цитокінів, С реактивного протеїну, які змінювалися у динаміці перебігу і в залежності від важкості ГБП.

Після встановлення діагнозу ГБП проводили активну консервативну терапію, яка включала введення анальгетиків, спазмолітиків, інгібіторів протеолітичних ферментів та прозапальних цитокінів (пентоксифіліну, 5-фторурацилу), антибіотиків широкого спектру дії, антацидних препаратів у комплексі з дезінток-

сикаційною терапією і підтримкою життєдіяльності основних систем організму.

Серед 288 хворих, яким у процесі обстеження і лікування застосовано ендоскопічні ретроградні втручання на папілі і біліарній системі, ранню папілотомію (до 48 годин від початку захворювання) виконано 97 хворим. У 51 пацієнта рентгенендоскопічні втручання при первинному поступленні з певних міркувань не використовували - в основному це хворі, які поступали у клініку в період опрацювання тактики мамоінвазійного лікування хворих на ГБП, уточнення показань до вибору конкретного методу.

При важкому перебігу ГБП з вираженою панкреатогенною інтоксикацією 29 хворим виконано дренування черевної порожнини під УСГ контролем. При обмежених рідинних зкупченнях проводили їх пункцію і дренування у 38 хворих, а в п'яти пацієнтів несформовані панкреатичні псевдокісти дренували ендоскопічно. У восьми хворих при відсутності ефекту комплексного лікування використовували внутрішньоартеріальну терапію.

Лапароскопічну холецистектомію виконували при ліквідації гострого процесу в ПЗ. Проте 19 пацієнтів при наростанні або появі гострого холециститу ми оперували скоріше, причому у дев'яти хворих операцію виконали відкрито. Лапароскопічна холедохоскопія виконана 5 хворим, але жодного разу втручання не вдалося в гострому періоді панкреатиту або холециститу, що стало показанням до конверсії. Лапароскопічна санація черевної порожнини і розкриття абсцесів та флегмон проведено дев'яти пацієнтам, відкрита - у шести.

Таблиця 1

Значення лабораторних показників у досліджуваних групах хворих на ГБП на момент поступлення до клініки

Ознаки	Легкий перебіг (n=242)	Важкий перебіг (n=97)
Амілаза (г/годл)	121 (N-212)	186 (N-512)
Амілаза панкреатична у 56 хв.(од/л)	141 (N-452)	246 (N-930)
Білірубін (мкМоль/л) -прямий	54,3 (12,6-134) - 40,5 (0-105)	62,9 (8,5-273) - 35,4 (0-203)
АлАТ (МО/л)	1,43 (0,65-2,3)	2,62 (0,7-5,9)
γ -ГТ (МО/л)	147 (26-225)	159 (35-238)
Лужна фосфатаза (од/л)	209 (95-580)	198 (81-640)
ЛП-1 α (пг/мл)	36 (25-44)	46 (31-57)
ЛП-8 (пг/мл)	108 (80-132)	181 (125-228)
ФНП- α (пг/мл)	7,5 (4,4-11,8)	18,2 (9,1-26,9)
ЛП-10 (пг/мл)	6,67 (5,87-7,61)	8,86 (8,15-9,42)
СРП у 56 хв. (мг/л)	155 (80-240)	280 (130-350)

Результати та обговорення

При поступленні у клініку загальний стан 92 (27,1%) хворих оцінювали як важкий і дуже важкий; у них прогнозували важкий перебіг панкреатиту. Вчасно почате (у першу добу від початку захворювання) комплексне, у тому числі і малоінвазивне, лікування сприяло покращенню стану 11 пацієнтів і вони були виведені з цієї групи. Водночас, у 16 пацієнтів, які поступали або переводилися з інших лікувальних закладів у стані середньої важкості і які вчасно не отримали адекватного лікування, стан не покращився, проявилися ускладнення, що підтвердили діагноз некротичного панкреатиту. В кінцевому результаті - 97 (28,6%) хворих мали важку форму панкреатиту.

Усім хворим з важким ГБП серед методів обов'язкового обстеження, окрім ультрасонографії і рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту, виходячи з наведених теоретичних обґрунтувань етіологічного чинника ГБП, виконано дуоденоскопію, а в 87 хворих – ЕРХГ, яка у 67 (79%) виявила біліарну патологію. У 85 хворих, незалежно від знахідок, процедуру завершено папілотомією (у двох хворих з холедохолітазом і вираженим геморагічним синдромом папілотомією не проводили, а для ліквідації біліарної гіпертензії поставили в холедох стент). У 10 пацієнтів значні зміни в ділянці папіли (підслизовий набряк стінки кишки і папіли – 5 хворих, масивні зливні ерозії дванадцятипалої кишки – 3 хворих, виражена деформація кишки – 2 хворих) не дозволили виконати ЕРХГ, тому обстеження завершили лише проведенням глибоко у кишку зонда для раннього ентерального харчування.

При важкому панкреатиті інформаційність УСГ про стан жовчних проток у зв'язку з вираженим метеоризмом може бути недостатньою. У таблиці 2 наведена частота змін у біліарній системі, що виявлені при ЕРХГ. Звертає на себе увагу велика кількість пацієнтів з мікрохолелітазом, що підтверджено після папілотомії і при

мікроскопічному дослідженні жовчі. Таким чином, при рентгенендоскопічному обстеженні ще у 7-35%, а в сукупності у 79% пацієнтів нам вдалося виявити ознаки біліарної гіпертензії і встановити конкретні її причини.

Виконання ЕРХГ в гострому періоді панкреатиту має ряд особливостей, починаючи від необхідності максимальної седації пацієнта для як можна більш швидкого проведення процедури і запобігання надмірного травмування запаленої підшлункової залози і 12-палої кишки. Канюлювання папіли виконували дуже обережно, уникаючи попадання контрасту у панкреатичну протоку, що вважаємо досить небезпечним в умовах гострого панкреатиту. Аспіраційна проба (пооява жовчі в канюлі при аспірації) дозволяє з мінімальним ризиком переконатися у правильності проведення процедури та отримати жовч для мікробіологічного та мікроскопічного дослідження. У випадках гострого папіліту або защемлення конкременту в папілі (15 хворих - 18%) маніпуляцію починали з розсічення стінки папіли над конкрементом голчастим папілотомом. Перед і після ендоскопічного втручання хворим проводили відповідну консервативну терапію гострого панкреатиту.

Після ендоскопічної папілотомії стан 61 хворого значно покращився у той же день або через добу, що було особливо виражено у випадках защемлення конкременту в папілі, коли гострий приступ болю зменшувався або припинявся уже під час процедури. Якщо причиною жовтяниці була обструкція в дистальному відділі холедоха і/або папілі, то у хворих відзначали швидке зниження рівня білірубіну у сироватці крові, особливо прямої його фракції. Демонстративним в плані ефективності ранньої папілотомії при ГБП було швидке зменшення концентрації прозапальних цитокінів у плазмі крові при відсутності значного наростання протизапальних.

У 16 хворих папілотомія практично не впли-

Результати УСГ і ЕРХГ в обстеженні біліарної системи при важкому ГБП (n=85)

Таблиця 2

Знахідки	УСГ	ЕРХГ
Розширення холедоха	32 (27%)	49 (58%)*
Холедохолітаз мікрохоледохолітаз	12 (14%)	37 (44%)* 67 (79%)
Холангіт	5 (6%)	13 (15%)*
Папіліт	-	35 (41%)*
Парапапілярні дивертикули	-	14 (16%)*

Примітка: * - у відношенні до результатів УСГ (p<0,05).

нула на перебіг ГБП, а у восьми клінічна картина продовжувала усугублятися. Таким пацієнтам з парапанкреатичним інфільтратом, гіперлейкоцитозом, високими рівнями амілаз та С-реактивного протеїну, ознаками поліорганної недостатності внутрішньоартерійно, до самої ПЗ антибіотики підводили широкого спектру дії, інгібітори протеаз, препарати для покращення мікроциркуляції. Для цього під місцевим знеболенням через праву стегнову артерію заводили ангиографічний катетер, кінець якого, в залежності від розповсюдження процесу у ПЗ і особливостей її кровопостачання, встановлювали у черевній стовбур або гирло верхньої брижової артерії. Вже на другу добу від початку регіональної внутрішньоартерійної терапії усі хворі відзначали покращення загального стану, зменшення болю, парезу кишок, зниження температури тіла. Надалі у п'ятьох хворих інфільтрати і рідинні скупчення розсмокталися; у трьох хворих, не зважаючи на покращення та стабілізацію загального стану, сформувалися парапанкреатичні та заочеревинні неінфіковані зони некрозу, що вимагало проведення їм через 2-3 тижні секвестрэктомій.

У зв'язку зі значними рідинними скупченнями в черевній порожнині (ферментативний перитоніт з вираженими клінічними ознаками ендотоксикозу) семи хворим проведено пункцію і дренивання черевної порожнини під контролем УСГ. Явища інтоксикації зменшилися, виражений клінічний ефект відзначили протягом 3-4 днів, що було достатньо для виведення пацієнтів із стану шоку. Ще в 15 пацієнтів з обмеженими рідинними скупченнями під УСГ проводили багаторазові пункції з евакуацією 0,5-4,8 літрів вмісту; пункції часом проводили через шлунок без ускладнень. У семи пацієнтів рідинні скупчення розсмокталися; у чотирьох їх черезшкірно дренивали з добрим ефектом у трьох. Іншим п'яти хворим виконано ендоскопічний внутрішній дренаж ще несформованої псевдокісти. Створення ендоскопічного цистоентеро- або цистогастроанастомозу завершували встановленням у порожнину псевдокісти кількох (до п'яти) стентів, які фіксували за власною методою. При наявності в порожнині кісти секвестрів в одного хворого проведено їх видалення через створений отвір, а ще в одного пацієнта в порожнину кісти для її лаважу і санації трансназально заведено дренаж, що дало добрий віддалений результат.

При наростанні або появі клінічних ознак гострого холецистити (5 хворих), при прогресуванні невіршеної ендоскопічно біліарної гіпертензії (3 хворих) зі септичним холангітом

та печінковою недостатністю на ґрунті механічної жовтяниці, а також при нагноєнні некррозів та необмежених рідинних скупченнях у різні терміни від початку захворювання 5 хворих вимушені були оперувати лапароскопічно або шляхом лапаротомії. Лапароскопічне видалення жовчного міхура не вдалося лише у двох пацієнтів: через повну деструкцію міхура і виражений інфільтрат в епігастрію. У жодного пацієнта з важким перебігом ГБП із-за місцевих анатомічних особливостей не вдалося провести лапароскопічну ревізію холедоха холедохоскопом, а тому після конверсії і холедохотомії операцію завершували зовнішнім дрениванням холедоха. Повноцінна лапароскопічна санація живота, зокрема порожнини малого чепця і заочеревинного простору при нагноєнні некррозів була вдалою і ефективною лише у трьох хворих. Таким чином, сім (7,2%) хворих з некротичним ГБП ми вимушені були оперувати відкритим доступом.

Після ліквідації клінічних симптомів ГБП ще 76 хворих оперували у плановому порядку, причому лише одному з них операцію проведено відкритим шляхом, але без інструментальної ревізії холедоха. Вісім хворих, в основному похилого віку, від операції відмовилися і ендоскопічна папілотомія була в них єдиним і остаточним операційним втручанням.

Загалом серед 97 хворих на некротичний ГБП від наростання поліорганної недостатності померло 3 (3,1%) хворих, а 26 (26,8%) хворих мали ускладнення.

Висновки

1. Рання ендоскопічна папілотомія при некротичному біліарному панкреатиті дозволяє попередити подальший його розвиток, запобігти наростанню панкреонекрозу з поліорганною недостатністю, ліквідувати біліарну гіпертензію.

2. Внутрішньоартерійна регіональна терапія дозволяє швидко зменшити парапанкреатичний інфільтрат, ліквідувати рідинні скупчення в черевній порожнині, запобігає нагноєнню секвестрів.

3. Пункційна евакуація ексудату з черевної порожнини під УСГ контролем або її дренивання при некротичному панкреатиті сприяють зменшенню ступеня ендотоксикозу.

4. Добрий ефект відмічено при пункційному та ендоскопічному лікуванні обмежених рідинних скупчень в черевній порожнині та несформованих панкреатичних псевдокіст.

5. При важкому перебігу біліарного панкреатиту лапароскопічні втручання носять вимушений характер і в половини пацієнтів через

складні анатомічні умови є неможливими у повному обсязі. Ефективність відкритих операцій також значно обмежена.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

В.І. Коломійцев, Я.І. Гавриш, Ф.П. Інденко, Т.І. Шахова, Т.М. Іванків, Ю.П. Довгань, В.Г. Жемела, М.П. Павловський

Реферат. При остром билиарном панкреатите (ОБП) широко используют малоинвазивные методы, возможности которых ограничены при тяжелом течении заболевания. Цель. Уточнить показания и противопоказания, особенности проведения и эффективность применения малоинвазивных вмешательств у больных с некротическим ОБП. Проанализованы результаты лечения 97 больных с некротическим ОБП. В комплекс лечебных мероприятий включали эндоскопические ретроградные вмешательства на большом дуоденальном сосочке и желчных протоках, лапароскопические операции на органах панкреатобилиарной зоны, малоинвазивные чрезкожные вмешательства под контролем ультразвукографии и рентгеновских лучей. Результаты и обсуждение. Эндоскопическое обследование 12-перстной кишки проведено всем больным, но по причине анатомических изменений выполнить ЕРХГ и папилотомию удалось лишь у 85 (88%) больных. Хороший эффект отмечен при использовании внутриартериального введения препаратов (8 больных), пункций под контролем УСГ и дренирования брюшной полости, эндоскопического внутреннего дренирования псевдокист, лапароскопической холецистэктомии и санации брюшной полости по показаниям. При вынужденных операциях в остром периоде ОБП неудачными были попытки лапароскопической холедохоскопии. Выводы. Внедрение малоинвазивных технологий в лечение некротического острого билиарного панкреатита уменьшило количество лапаротомий до 7,2% и летальность до 3,1%

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, эндоскопия, лапароскопия, ультразвукография.

MINIMALLY INVASIVE PROCEDURES IN THE TREATMENT OF ACUTE NECROTIZING BILIARY PANCREATITIS

V.I. Kolomyitsev, Ya.I. Havrysh, F.P. Indenko, T.I. Shakhova, T.M. Ivankiv, Yu.P. Dovhan, V.G. Jemela, M.P. Pavlovsky

Abstract. The usage of minimally invasive surgery in patients with necrotizing biliary pancreatitis (NBP) is limited by patient's condition and anatomical changes. Aim. To study the efficiency, peculiarities of

performing, indications and contraindications to minimally invasive procedures in patients with NBP. Material and methods. The results of treatment of 97 patients with acute NBP were analyzed. Minimally invasive procedures included endoscopic retrograde cholangiography with sphincterotomy, laparoscopic surgery, percutaneous puncture and drainage of fluid collections under ultrasound or X-ray guidance. Results and discussion. Endoscopic retrograde cholangiography successfully we performed only in 85 (88%) patients with NBP because of anatomical changes of duodenum and Vater's papilla. Good therapeutic effect was noted after intra-arterial administration of drugs and solutions (8 patients), puncture and abdominal cavity drainage under ultrasound guidance, endoscopic internal drainage of pancreatic pseudocysts, laparoscopic cholecystectomy and abdominal lavage according the indications. Attempts of laparoscopic choledochoscopy in acute period of NBP were unsuccessful. Conclusion: Due to introduction of minimally invasive techniques the number of postoperative mortality reduced to 3,1% and laparatomies – to 7,2%.

Key words: acute necrotizing biliary pancreatitis, endoscopy, laparoscopy, ultrasonography.

ЛІТЕРАТУРА

1. Захараш Ю.М., Ничитайло М.Е. Принципы лечения острого панкреатита, осложненного механической желтухой в условиях возможности применения малоинвазивных технологий // Вісник морської медицини. – 2003. - Том 21; №2. – С. 171-173.
2. Колосович І.В., Спіцин Р.Ю. Гострий біліарний панкреатит: сучасні проблеми діагностики і лікування // Хірургія України. - 2006. - № 4(20). - С. 53-56
3. Криворучко І.А., Бойко В.В. Хирургическое лечение острого билиарного панкреатита. Мат. науково-практич. конф. «Актуальні питання діагностики і лікування гострого панкреатиту». Львів, 2002. – С. 86-90.
4. Лупальцов В.И., Вержанский А.П., Дехтярук И.А., Мирошниченко С.С. Тактические подходы к лечению больных острым панкреатитом // Вісник Української мед. стоматологічної академії - 2006. – Т. 6, Вип. 1-2 – С. 81-85.
5. Савельев В.С. с соавт. Острый панкреатит. М.: Медицина; 2000. – 240 с.
6. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. – Симферополь: Таврида, 1997. – 560 с.
7. Classen M., Phillip J. Pancreatitis: An indication for endoscopic papillotomy? // Endoscopy. – 1978. - Vol. 10. – P. 223-225.
8. Gislason H., Vetrhus M., Horn A. et al. Endoscopic sphincterotomy in acute gallstone pancreatitis: a prospective study of the late outcome // Eur. J. Surg. – 2001. - Vol. 167; № 3. – P. 204-208.
9. Kaw M., Al-Antably Y., Kaw P. Management of gallstone pancreatitis: cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy // Gastrointest. Endosc. – 2002. - Vol. 56; № 1. – P. 61-65.