

УДК 616.366-002-073.4-615.837.3

ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ МІНІІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

О.П. Кондратюк

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України

Реферат. В статті висвітлюються сучасні тенденції та перспективи лікування гострого деструктивного панкреатиту, тактика застосування мініінвазивних методів, лапароскопії та лапаротомії.

Ключові слова: гострий деструктивний панкреатит, мініінвазивні методи, лапароскопія, лапаротомія.

На протязі останніх десятиліть проблема покращення результатів лікування гострого панкреатиту, зокрема його деструктивних форм, залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії [1, 2].

Хворі з гострим панкреатитом складають 5-10% від загального числа пацієнтів хірургічного профілю. У 15-20% спостережень розвиток гострого панкреатиту носить деструктивний характер. Найбільша кількість випадків такої патології припадає на працездатний вік – 30-50 років, при цьому превалюють форми, які не піддаються консервативному лікуванню і вимагають оперативних втручань [3, 4].

Прогресивне зростання захворюваності, висока летальність за наявності деструктивних форм гострого панкреатиту, труднощі, що виникають при діагностиці, та суперечні думки щодо тактики лікування визначають гостроту проблеми, яка розглядається [5, 6].

В основі патології лежить асептичний ферментативний некробіоз панкреатоцитів, ферментативна аутоагресія з розвитком некрозу, дегенеративних пошкоджень підшлункової залози та подальшим приєднанням інфекційних процесів. За наявності панкреонекрозу у 40-70% хворих виникає інфікування вогнищ некротичної деструкції паренхіми підшлункової залози. Патогенні мікроорганізми шляхом контамінації з товстої кишки, портально-го кровотоку і вісцеральної ланки лімфатичної системи, потрапляють в підшлункову залозу викликаючи гнійно-некротичний парапанкреатит, абсцеси черевної порожнини, гнійний перитоніт, сепсис [7, 8].

Гнійно-септичні ускладнення гострого деструктивного панкреатиту обумовлені патогенною дією вторинної інфекції на організм в умовах різко зниженої загальної реактивності організму та порушеного гомео-

стазу, судинних розладів, а також прямої та опосередкованої дії панкреатогенного комбінованого ендотоксикозу. Інфекційні ускладнення складають біля 80% причин смерті хворих з деструктивним панкреатитом [9, 10].

Інфікований панкреатит є абсолютним показанням до хірургічного лікування. Сучасні дані вказують на те, що термін оперативного втручання при гострому деструктивному панкреатиті не є фактором, що достовірно визначає прогноз у таких пацієнтів. Основними факторами, котрі впливають на летальність при цій патології вважають важкість стану пацієнта на момент операції, вік хворого та стерильність некрозу. Поряд з цим, відсутність єдиної тактики ведення та незадовільні результати лікування хворих з деструктивним панкреатитом, його ускладненнями диктують необхідність використання будь-якої можливості для покращення результатів лікування цих пацієнтів [11, 12].

За останнє десятиріччя хірургічна тактика лікування гострого деструктивного панкреатиту зазнала суттєвих змін. Все ширше обговорюється можливість використання різних малоінвазивних методів у лікуванні гострого некротичного панкреатиту та його ускладнень [13, 14].

У пацієнтів з гострим деструктивним панкреатитом все більше застосовується активна тактика ведення, котра включає лапароскопічну верифікацію діагнозу, за необхідністю дренивання біліарної системи, рідинних скупчень черевної порожнини, сальникової сумки та заочеревинних просторів, а також ранній початок інтенсивної комплексної терапії із застосуванням еферентних методів детоксикації [15-18].

Однак, відсутність чіткої хірургічної тактики у застосуванні лапароскопії у даного контингенту пацієнтів за наявності гнійно-септичних ускладнень та стабільно високі показники післяопераційної летальності підкреслюють актуальність подальшого клінічного вивчення аспектів цієї патології.

Мета роботи: оптимізація ком-

плексного лікування гострого деструктивного панкреатиту з використання мініінвазивних технологій, що дозволить знизити летальність та частоту гнійно-некротичних ускладнень.

Матеріал і методи

Проаналізовані результати хірургічного лікування 116 пацієнтів з ГП на ранніх стадіях асептичного некрозу і секвестрації, та 38 пацієнтів з інфікованим панкреонекрозом, які були прооперовані в Інституті хірургії та трансплантології НАМН України. Серед пацієнтів було чоловіків 86 (55,8%) та жінок 68 (44,2%); середній вік хворих склав $53,7 \pm 3,4$ роки. Всім пацієнтам були проведені загальноклінічні, лабораторні обстеження, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія та за показами – ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія.

За етіологічним чинником: алкогольно-аліментарний панкреатит спостерігався у 96 (62,3%) пацієнтів, біліарний панкреатит – у 58 (37,7%) хворих. Оцінку ступеню важності та стадії патологічного процесу визначали з урахуванням критеріїв класифікації прийнятої в Атланті (США).

Результати та обговорення

На першому етапі лікування було спрямовано на зниження секреції підшлункової залози, покращення реологічних властивостей крові, антибіотикопрофілактику та антибіотикотерапію, профілактику тромбемболічних ускладнень.

Метою проведення мініінвазивних втручання в хворих з деструктивними формами гострого панкреатиту були: санація черевної порожнини, ліквідація гострих рідинних утворень в сальниковій сумці, а також ліквідація причини обтураційної жовтяниці, відновлення пасажу жовчі.

Різноманітність форм деструктивного панкреатиту обумовила застосування різних видів мініінвазивних втручань: черезшкірні пункції та дренивання під контролем ультразвуку, лапароскопічна холецистектомія, що за показами доповнювалась дрениванням холедоха та ендоскопічною папілотомією, лапароскопічні некрсеквестректомія та дренивання заочеревинного простору.

За наявності механічної жовтяниці та холангіту, що було підтверджено результатами УЗД, ендоскопічна папілосфінктеротомія була проведена у 23 (39,7%) пацієнтів.

Черезшкірні пункційно-дренуючі втручання під контролем ультразвуку були виконані як початковий етап хірургічного лікування у 93 (60,4%) пацієнтів з гострим парапанкреа-

тичним скопиченням рідини, сформованим парапанкреатичним абсцесом та за наявності піддіафрагмальних абсцесів.

Втручання включали в себе аспірацію вмісту, санацію порожнини розчинами антисептиків, що дало змогу зменшити інтоксикаційний синдром, зменшити частоту розвитку та прогресування гнійних ускладнень. Критеріями ефективності лікувальних заходів була стабілізація стану пацієнта. Всім пацієнтам було проведено бактеріологічне дослідження біоптатів з наступним призначенням цілеспрямованої антибактеріальної терапії.

Неефективними пункційно-дренуючі втручання були у 19 (20,4%) пацієнтів, що було обумовлено наявністю багатокамерних рідинних утворень, наявністю залишкових порожнин, значних секвестрів некротизованих тканин і як наслідок – у цих хворих виник та прогресував гнійно-некротичний панкреатит.

За наявності панкреатогенного ферментативного перитоніту у 20 (13,0%) пацієнтів методом вибору хірургічного втручання була лапароскопічна санація та дренивання черевної порожнини, що в комплексі з інтенсивною консервативною терапією сприяло абортівному перебігу захворювання у 18 (11,7%) випадків. Однак у решти хворих відмічалась трансформація стерильного панкреонекрозу в інфікований.

У 59 (38,3%) хворих з деструктивним панкреатитом показаннями до оперативних втручань були: наростання перитонеальної симптоматики збільшення кількості вільної рідини в черевній порожнині прогресування вогнищ деструкції в черевній порожнині та позаочеревному просторі, прогресування інтоксикаційного синдрому. Об'єм лапароскопічного втручання та технічні труднощі виконання оперативної корекції були обумовлені локалізацією, поширеністю та характером патологічних гнійно-некротичного процесу в підшлунковій залозі (центральної, правобічної та лівобічної типи ураження) і оточуючих тканинах.

Виконували лапароскопічну холецистектомію, санацію, панкреатонекрсеквестректомію та дренивання черевної порожнини і позаочеревинного простору. Обраний метод дренивання черевної порожнини суттєво визначав режим оперативної тактики. Виконання панкреатонекрсеквестректомії було спрямоване на максимально можливе видалення вогнищ некрозу та збереження топографії локалізуючих патологічний осередок структур. Поетапно видаляли некротизовані тканини підшлункової залози в якості гемостатичних засобів в

рівній мірі були застосовані біполярна коагуляція, кліпування окремих судин та накладання інтракорпоральних швів. У 10 (6,4%) випадків підвищеній кровоточивості підшлункової залози, з метою гемостазу поряд з хірургічним гемостазом внутрішньовенно та місцево аплікаційно (зрошення тканин) застосовували аналог вазопресину – терліпресин (Реместип[®], Ferring Pharmaceuticals) [19].

Основним ефектом Реместипу[®] є виражена вазоконстрикція та швидка зупинка кровотечі. Діапазон дозування при внутрішньовенному введенні коливався в межах 1-5 мг/кг маси тіла, місцево аплікаційно застосовували розчин (0,4 мг препарату Реместип[®] та 10 мл 0,9% розчину натрію хлориду). Гемостатичний ефект розвивався через 5-10 хв.

Виникнення ускладнень в післяопераційному періоді, а саме: лівобічних піддіафрагмальних та підпечінкових абсцесів, абсцесів чепцевої сумки були показами до проведення у 19 (12,3%) пацієнтів черезшкірних ехоконтрольованих пункційно-дренуючих втручань. Критеріями ефективності лікування були: стабілізація стану пацієнта (зниження температури тіла, зменшення больового синдрому, стабілізація лабораторних показників, зменшення кількості виділень та розмірів патологічного вогнища. Позитивні результати було відмічено у 17 (89,5%) пацієнтів.

Високий ризик інтраопераційних ускладнень у 9 (5,8%) пацієнтів був обумовлений тяжким перебігу захворювання, особливостями анатомічної локалізації магістральних судин гепатобілярної зони в області перешийка та голівки підшлункової залози, що були показами переходу до відкритого оперативного втручання. Летальність у двох випадках на 12 та на 15 добу післяопераційних втручань була обумовлена прогресуванням синдрому поліорганної недостатності.

Висновки

Наявність рідинних скупчень в тілі і хвості підшлункової залози, сальниковій сумці та заочеревинному просторі стали показами до проведення ехоконтрольованих пункційно-дренуючих втручань, що сприяло стабілізації стану пацієнтів і дозволило уникнути хірургічних втручань на ранніх етапах розвитку захворювання у 79,6% випадків.

Різноманітність варіантів анатомо-топографічних уражень і характеру патоморфологічних змін підшлункової залози та оточуючих тканин, у хворих з гнійно-некротичними ускладненнями гострого пан-

креатиту, обумовлює доцільність використання того, чи іншого виду інвазивного втручання.

При неефективності первинно проведеного консервативного лікування та ехоконтрольованих пункційно-дренуючих втручань, прогресуванні клінічних проявів гострого деструктивного панкреатиту у 38,3% пацієнтів була виконана лапароскопія (лапароскопічна холецистектомія, дронування заочеревинного простору, етапні панкреатсеквестректомії).

Відкрите оперативне лікування у 5,8% пацієнтів було обумовлене наростанням поліорганної недостатності, високим ризиком інтраопераційних ускладнень, особливостями анатомічної локалізації магістральних судин гепатобілярної зони в області перешийка та голівки підшлункової залози.

Ехоконтрольована евакуація та санація обмежених рідинних патологічних вогнищ, після попередньо проведених ендоскопічних втручань з приводу гострого деструктивного панкреатиту були ефективними у 89,5% хворих, що вказує на доцільність широкого впровадження цього методу у комплексному лікуванні постнекротичних ускладнень гострого панкреатиту.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

А.П. Кондратюк

Реферат. В статье освещены современные тенденции и перспективы лечения острого деструктивного панкреатита, тактика использования миниинвазивных методик, лапароскопии лапаротомии.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, миниинвазивные методики, лапароскопия, лапаротомия.

TACTICAL TRENDS IN TREATMENT OF NECROTIZING PANCREATITIS WITH APPLICATION OF MINIINVASIVE TECHNOLOGIES AND ENDOSCOPIC INTERVENTIONS

О.П. Kondratiuk

Abstract. This article is dedicated to modern trends and prospects in treatment of necrotizing pancreatitis, tactics for application of miniinvasive methods, laparoscopy and laparotomy.

Key words: necrotizing pancreatitis, miniinvasive methods, laparoscopy, laparotomy.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шалимов А.А. Современные тенденции в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита / А.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, А.Н. Литвиненко // Клінічна хірургія. – 2006. – № 6. – С. 12-20.

2. Хирургия поджелудочной железы / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло и др. – Симферополь: Таврида, 1997. – 560 с.
3. Beger H.G. Severe acute pancreatitis: clinical course and management / H.G. Beger, B.M. Rau // *World J. Gastroenterol.* – 2007. – № 13 (38). – P. 5043-5051.
4. Миронов А.С. Этиология и патогенез острого панкреатита / А.С. Миронов // *Хирургия.* – 2004. – № 8. – С. 72-75.
5. Haney J.C. Necrotizing pancreatitis: diagnosis and management / J.C. Haney, T.N. Pappas // *Surg. Clin. North Am.* – 2007. – № 87 (6). – P. 1431-1446.
6. Hartwig W., Maksan S.M., Foitzik T., Schmidt J. et al. Reduction in mortality with delayed surgical therapy of severe pancreatitis / W. Hartwig, S.M. Maksan, T. Foitzik et al. // *J. Gastrointest. Surg.* – 2002. – № 6. – P. 481-487.
7. Prognostic factors in patients undergoing surgery for severe necrotizing pancreatitis / R. Mofidi, A.C. Lee, K.K. Madhavan et al. // *World J. Surg.* – 2007. – № 31(10). – P. 2002-2007.
8. Outcome of intensive medical treatments in patients with infected severe necrotizing pancreatitis / J.H. Song, D.W. Seo, S.W. Byun et al. // *Korean J. Gastroenterol.* – 2006. – № 48 (5). – P. 337-343.
9. Treatment strategy against infection: clinical outcome of continuous regional arterial infusion, enteral nutrition, and surgery in severe acute pancreatitis / T. Yasuda, T. Ueda, Y. Takeyama et al. // *J Gastroenterol.* – 2007. – N 42(8). – P. 681 – 689.
10. Uomo G. Antibiotic treatment in acute pancreatitis / G. Uomo // *Rocz. Akad. Med. Białymst.* – 2005. – № 50. – P. 116-121.
11. Решетников Е.А. Лечение тяжелых форм острого панкреатита / Е.А. Решетников, А.С. Миронов, В.И. Ульянов // *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* – 2005. – № 2. – С. 11-13.
12. Perioperative factors determine outcome after surgery for severe acute pancreatitis / J.J. De Waele, E. Hoste, S.I. Blot et al. // *Critical Care.* – 2004. – № 8. – P. 504-511.
13. Parekh D. Laparoscopic-assisted pancreatic necrosectomy: a new surgical option for treatment of severe necrotizing pancreatitis / Parekh D. // *Arch. Surg.* – 2006. – № 141 (9). – P. 895- 902.
14. Пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ в современной абдоминальной хирургии / Л.В. Поташов, Д.Ю. Семенов, В.В. Васильев и др. // *Вестник хирургии.* – 2006. – № 5. – С.117-118.
15. Кондратенко П.Г. Ранние дренирующие мини-инвазивные вмешательства и их влияние на распространенность и инфицирование панкреонекроза / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова // *Экспериментальная и клиническая медицина.* – 2004. – № 3. – С.46-48.
16. Minimally invasive “step-up approach” versus maximal necrosectomy in patients with acute necrotizing pancreatitis (PANTER trial): design and rationale of a randomised controlled multicenter trial / M.G. Besselink, H.C. van Santvoort, V.B. Nieuwenhuijs et al. // *BMC Surg.* – 2006. – № 6 (1). – P. 6.
17. Timing and choice of intervention in necrotizing pancreatitis / M. Besselink, T. Bollen, M. Boermeester et al. // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* – 2005. – № 149 (10). – P. 501-506.
18. Management strategy for acute pancreatitis in the JPN guidelines / T. Mayumi, T. Takada, Y. Kawarada et al. // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* – 2006. – № 13 (1). – P. 61-67.
19. Póvoa P. Adrenergic support in septic shock: a critical review / P. Póvoa, A.H. Carneiro // *Hosp. Pract.* – 2010. – № 38 (1). – P. 62-73.
20. Bouix J. Management of digestive system hemorrhages / J. Bouix // *Rev. Infirm.* – 2010. – № 160. – P. 4344.
21. Terlipressin: a promising vasoactive agent in hemodynamic support of septic shock / A. Morelli, C. Értmer, P. Pietropaoli et al. // *Expert. Opin. Pharmacother.* – 2009. – № 10 (15) – P. 2569-2575.