

УДК 616.37-002.036.11-036.17-089-037

В.О. Сипливий, В.І. Робак, Г.Д. Петренко, К.В. Конь, Д.В. Євтушенко

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВАЖКІ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ: АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ*Харківський національний медичний університет*

Проведено аналіз результатів лікування 125 хворих на важкі форми гострого панкреатиту. Усім хворим у передопераційному періоді проведено УЗД. 40 хворим також проведено КТ. Дані УЗД і КТ, отримані перед операцією, порівняно з інтраопераційними. Всіх хворих прооперовано. Показаннями до операції були: клініка перитоніту у 117 хворих (93,6%), арозивна кровотеча із судин у ділянці некрозів та секвестрів у 4 хворих (3,2%), наростання жовтяниці у 4 хворих (3,2%). У 80 хворих виявлено інфікований панкреонекроз. У 80 хворих виявлено ураження заочеревинної клітковини. 34 хворих померло. Виявлено фактори, які впливають на наслідок захворювання: інфікований панкреонекроз, ураження заочеревинної клітковини, кахексія, ожиріння, алкоголізм, наявність шемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії та захворювань печінки, сума балів за шкалою ASSES більше 13 при надходженні і перед операцією, а також більше 16 на 1-2 і 3-4 доби після операції.

Ключові слова: гострий панкреатит, заочеревинна клітковина, ASSES, прогнозування наслідку захворювання

У загальній структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гострий панкреатит (ГП) знаходиться на третьому місці після гострого апендициту та гострого холециститу. За останні 10 років результати лікування гострого панкреатиту дещо покращились, але загальна летальність при його деструктивних формах та ураженні заочеревинної клітковини і на сьогодні складає до 70% [2, 4].

Згідно з сучасними уявленнями, перебіг та прогноз ГП у значній мірі залежить не тільки від обсягу ураження підшлункової залози (ПЗ), а і від патологічних змін у заочеревинному просторі. У сучасну панкреатологію введено термін «парапанкреатит», під яким розуміють патологічний процес у заочеревинній (насамперед, у парапанкреатичній) клітковині, що розвивається у хворих на гострий панкреатит [1, 2, 4].

Незважаючи на те, що інструментальна візуалізація ПЗ та ЗК досягла якісно нового рівня, завдяки чому стало можливим визначення важкості захворювання та оцінка його перебігу у режимі реального часу, сучасні аспекти діагностики та комплексного лікування ГП неоднозначні та досить суперечливі щодо критеріїв ефективності консервативної терапії, часу та обсягу хірургічних втручань [1, 2].

На сьогоднішній день майже ніхто не заперечує, що наявність гнійно-септичних ускладнень є абсолютним показанням до хірургічного лікування. Навпаки, питання щодо необ-

хідності хірургічного втручання при стерильних формах панкреонекрозу, залишається відкритим. Виконання ранніх операцій на тлі інтоксикації та панкреатогенного шоку зазвичай призводить до смерті хворого у найближчому післяопераційному періоді. У той же час, затримка хірургічної допомоги сприяє розвитку гнійних ускладнень, прогресуванню панкреонекрозу, інтоксикації та поліорганній недостатності [2-5].

Мета дослідження – фналіз результатів хірургічного лікування хворих на важкі форми гострого панкреатиту та визначення факторів прогнозу несприятливих результатів.

Матеріал та методи

Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 125 хворих на важкі форми гострого панкреатиту.

Вік хворих коливався від 19 до 90 років. Чоловіків було 80 (64%), жінок – 45 (36%) відповідно. У чоловіків мінімальний вік склав 19 років, максимальний – 86, у жінок – 24 і 90 років відповідно. У віці до 20 років було 2 (1,6%) хворих, від 21 до 40 років – 42 (33,6%) хворих, від 41 до 60 років – 35 (28%) хворих, від 61 до 75 років – 31 (24,8%) хворих, понад 76 років – 15 (12%) хворих.

Серед факторів розвитку важких форм ГП у 41 (32,8%) хворого виявлений аліментарний, у 31 (24,8%) хворого – вживання алкоголю, у 49 (39,2%) хворих – жовчно-кам'яна хвороба, у

1 (0,8%) хворого причиною панкреатиту була травма підшлункової залози, у 3 (2,4%) хворих етіологічний чинник з'ясувати не вдалось.

Середній час від початку захворювання до госпіталізації хворих в хірургічний стаціонар склав 5,2 доби.

До важких форм гострого панкреатиту віднесено гострий інтерстиціальний панкреатит та стерильний ПН з наявністю ферментативного перитоніту та/або гострих асептичних перипанкреатичних рідинних скупчень і інфікований ПН незалежно від наявності екстра- та/або інтраперитонеальних ускладнень (робоча група по перегляду класифікації Атланта, 2007).

Згідно цієї класифікації, хворих розподілено наступним чином: гострий інтерстиціальний панкреатит з наявністю ферментативного перитоніту та гострих асептичних перипанкреатичних рідинних скупчень виявлено у 18 (13,95%), стерильний ПН з наявністю ферментативного перитоніту та гострих асептичних перипанкреатичних рідинних скупчень – у 27 (20,95%), інфікований ПН – у 80 (65,1%) хворих. До групи хворих на інфікований ПН віднесено хворих, у яких під час оперативного втручання було виявлено гнійне вогнище у тканині підшлункової залози, заочеревинній клітковині, або як у підшлунковій залозі так і у заочеревинній клітковині.

Хворих було поділено на 2 групи – з ураженням заочеревинної клітковини (ЗК) 80 (64%) хворих і без 45 (36%) хворих. Ступінь ураження ЗК визначали згідно класифікації А.Д. Толстого і співавт, 1999 [4]: множинні абсцеси парапанкреатичної клітковини – 2 хворих, зливна некротична флегмона – 25 хворих, зливна некротична флегмона та один заток – 19 хворих, ураження декількох областей заочеревинної клітковини – 14 хворих.

Дану класифікацію було доповнено ще одним пунктом – набряк ЗК (20 хворих), який можна розглядати як заочеревинну флегмону в стадії інфільтрації.

Всім хворим у передопераційному періоді проведено УЗД. У 40 хворих УЗД доповнено КТ-дослідженням. Дані УЗД і КТ, отримані перед операцією, порівняно з інтраопераційними.

Для об'єктивної оцінки важкості стану хворих при надходженні, перед операцією, а також у післяопераційному періоді – на 1-2, 3-4, 5-7 та 8-10 добу було застосовано шкалу оцін-

ки важкості стану хворих на гострий сепсис ASSES (Acute Sepsis Severity Evaluation Score) [5].

Статистична обробка даних включала обчислення середнього арифметичного значення (M) та його похибки (m). Параметричні і непараметричні дані подавали як $M \pm m$. Порівняння ознак проведено з використанням U-тесту Манна-Уїтні.

Для виявлення прогностичної точності кожного з показників був застосований метод ROC (Receiver Operator Characteristic)-аналізу з визначенням площі під ROC-кривою (AUC-Area Under the Curve) [6].

Для статистичної обробки застосований пакет програм Analysis Studio professional edition версія 6.30 та Statistica версія 6.0.

Результати та обговорення

У 75 (60%) хворих при надходженні до стаціонару виявлено синдром системної запальної реакції (SIRS). З них у 49 (65,3%) було діагностовано ураження ЗК. Критеріями SIRS у цих хворих були: температура тіла вище 38°C, частота серцевих скорочень більше 90 на хвилину, частота дихання більше 20 на хвилину, кількість лейкоцитів більше 12 Г/л, кількість незрілих форм нейтрофільних гранулоцитів більше 10%.

При надходженні до стаціонару основною скаргою хворих був біль різної локалізації, який мав місце у всіх 125 хворих. Біль у верхніх відділах живота мав місце у 100 (80%) хворих, біль у нижніх відділах живота – у 3 (2,4%) хворих, біль по всьому животу – у 22 (17,6%) хворих. Нудоту, блювання було виявлено у 77 (61,6%) хворих. Гіпертермія, тахікардія, тахіпное спостерігались у 75 (60%) хворих; затримка калу та газів, здуття живота – у 93 (74,4%) хворих; іктеричність шкіри та слизових оболонок – у 16 (12,8%) хворих.

Під час проведення УЗД враховувались як зміни безпосередньо в тканині ПЗ, так і зміни у парапанкреатичній зоні. За даними УЗД у хворих на важкі форми ГП набряк ПЗ (ПЗ збільшена, структура дифузно-неоднорідна, ехогенність помірно підвищена, без гіпоехогенних вогнищ) виявлено у 15 хворих, деструкцію ПЗ (наявність гіпоехогенних вогнищ) виявлено у 103 хворих. Слід зазначити, що у 7 (5,6%) хворих на важкі форми ГП під час проведення УЗД змін у тканині ПЗ виявлено не

було. Недостатня візуалізація ПЗ у цих хворих була обумовлена наявністю великої кількості кишкових газів та зміненою ехогенністю ПЗ, що наближалась за структурою до ЗК [3,5].

Серед змін у парапанкреатичній зоні оментобурсит виявлено у 36 хворих, панкреатогенний абсцес – у 19, заочеревинну флегмону візуалізовано у 65 хворих. У 14 хворих виявлено парапанкреатичний інфільтрат.

З 40 хворих, яким окрім УЗД було також проведено КТ-дослідження, у 32 виявлено ураження ЗК, що відповідало групам С, D, E за класифікацією Балтазар (множинні абсцеси – 1 хворий, інфільтрація ЗК – 2 хворих, зливна некротична флегмона – 9 хворих, зливна некротична флегмона та один заток – 13 хворих, ураження декількох областей ЗК – 7 хворих). У 8 хворих під час КТ-дослідження виявлено ознаки ГП без ураження ЗК (інтерстиціальний панкреатит – 1 хворий, ПН – 7 хворих). 1 хворий був віднесений до групи А, 7 хворих – до групи В при КТ.

Відразу ж після надходження до стаціонару хворим проводили комплексну консервативну терапію, яка була спрямована на корекцію водно-електролітного балансу, блокаду панкреатичної секреції, блокаду ноцицептивної пульсації в ЦНС, блокаду цитокінової агресії, попередження розвитку ДВЗ-синдрому, профілактику і лікування стресових уражень травного каналу а також на профілактику і лікування інфекції.

Усіх хворих було прооперовано. Показаннями до операції були: клініка перитоніту у 117 хворих (93,6%), арозивна кровотеча із судин у ділянці некрозів та секвестрів у 4 хворих (3,2%), наростання жовтяниці у 4 хворих (3,2%).

83 (66,4%) хворих прооперовано у перші 24 години після надходження до стаціонару, 13 (10,4%) хворих прооперовано у перші 48-72 години. Пізніше 72 годин перебування в стаціонарі прооперовано 29 (23,2%) хворих.

Дренування чепцевої сумки і черевної порожнини виконано 45 (36%) хворим. Ця операція виконувалась у хворих без ураження ЗК.

Інтраопераційно ураження ЗК виявлено у 80 (64%) хворих. При виявленні набряку зачеревної клітковини проводили розсічення очеревини по верхньому і нижньому краю ПЗ (20 (16%) хворих). Заочеревинна флегмона виявлена у 58 (46,4%) хворих, причому у 14

(11,2%) хворих флегмона була тотальною. У 2 (1,6%) хворих під час операції виявлено множинні парапанкреатичні абсцеси. В цих випадках проводився розтин та дренування ЗК, дренування чепцевої сумки та черевної порожнини.

У 49 (39,2%) хворих на тлі гіпербілірубінемії вище за 50 мкмоль/л операція доповнювалась холецистостомією (18 хворих) або холецистектомією (31 хворий), яка у 23 хворих поєднувалась із зовнішнім дренуванням холедоха. Хворим проведено тільки зовнішнє дренування жовчних шляхів за Піковським або Вішневським.

Оперативні втручання на ПЖ завершували проточним дренуванням чепцевої сумки. При тотальному або субтотальному ПН використовували методику «наскрізного» дренування для подальшого проточного діалізу. Дренування зачеревного простору виконувалось переважно через окремі люмботомні доступи.

15 (12%) хворим в терміни від 2 до 15 діб після першого оперативного втручання виконана санаційна релапаротомія. Серед причин релапаротомій 7 (46,7%) хворим виконано лапаросанації у зв'язку з перитонітом, що продовжується, 6 (40%) хворим проведено розтин та дренування абсцесів чепцевої сумки, черевної порожнини та/або заочеревинного простору, у 1 (6,65%) хворого релапаротомія була пов'язана з витіканням жовчі з культі протоку жовчного міхура і 1 (6,65%) хворому проведено зупинку арозивної кровотечі із судин у ділянці некрозів та секвестрів. Слід зазначити, що одному хворому було виконано 3 лапаросанації з приводу тривалого перитоніту. З 15 хворих, яким проведено релапаротомії, у 14 (93,3%) під час першої операції діагностовано інфікований ПН, а у 11 (73,3%) виявлено ураження ЗК.

Зі 125 хворих 91 (72,8%) хворий вижив, 34 – (27,2%) померло. У 30 (88,2%) померлих під час операції виявлено інфікований некроз ПЗ. У 4 (11,8%) хворих виявлено асептичну деструкцію ПЗ. Слід відмітити, що, за інтраопераційними даними або даними патологоанатомічного розтину, у всіх померлих некроз ПЗ був субтотальний або тотальний. У 26 (76,5%) померлих на тлі некрозу підшлункової залози виявлено ураження ЗК. Так, у 22 хворих виявлено септичну флегмону ЗК, а у 4 – набряк ЗК на тлі асептичного некрозу ПЗ. За характером

ураження ЗК у померлих зливну некротичну флегмону виявлено в 10 випадках, зливну некротичну флегмону з затокою – в 8, ураження декількох областей ЗК – у 4 хворих.

Серед причин смерті домінувала інтоксикація – 23 (67,7%) померлих на другому місці виявлялась гостра серцево-судинна недостатність – 6 померлих (17,7%). набряк легень виявлено у 2 (5,9%), померлих набряк головного мозку – у 1 померлого (2,9%), геморагічний шок – у 1 померлого (2,9%), ПОН – у 1 померлого (2,9%).

Таким чином, з 80 хворих на інфікований ПН померло 30 (37,5%), а з 80 хворих, у яких було діагностовано ураження ЗК, померло 26 (32,5%).

Проведено детальне вивчення факторів, що значущо впливають на наслідок захворювання.

Браховуючи те, що майже 63% хворих були у віці понад 40 років, було вивчено наявність та вираженість супутньої патології.

Найпоширенішою патологією була серцево-судинна – 61 (48,8%) хворих. Патологія жовчовивідних шляхів виявлена у 49 (38,0%) випадків. Патологію печінки виявлено у 17 (13,18%) хворих, патологію шлунка та 12-палої кишки – у 13 (10,08%) хворих. 10 (7,75%) хворих страждали на порушення ваги. З них у 6 виявлено кахексію 2-3 ст., а у 4 – ожиріння 3-4 ст. По 7 (5,43%) випадків супутньої патології були алкоголізм, патологія нирок та цукровий діабет. Хронічна патологія дихальної системи виявлена у 4 (3,1%) хворих. 2 (1,55%) хворих мали злоякісні новоутворення, 1 (0,78%) хворий страждав на сифіліс.

У середньому один хворий мав 1,23 супутніх захворювань. Це дає можливість стверджувати, що в більшості випадків перебіг саме панкреатиту мав вирішальне значення для результатів лікування.

Далі була проаналізована летальність хворих залежно від наявності супутньої патології.

Серед обстежених пацієнтів з ішемічною хворобою серця було 45 хворих, летальність у пацієнтів з ІХС склала 48,89%. Відмінності виявились статистично значущими ($p=0,002$).

Серед обстежених пацієнтів було 16 хворих з гіпертонією, летальність в цій групі склала 50% (померло 8 хворих), тоді як серед хворих без гіпертонії летальність склала 23,85% (по-

мерло 26 з 109 хворих) – відмінності значущі на рівні $p = 0,028$.

Патологію печінки (гепатит, жировий гепатоз, цироз) виявлено у 17 пацієнтів, летальність в цій групі склала 58,82% ($p<0,001$)

Відмінності в летальності у хворих із захворюваннями нирок і без виявились статистично незначущими: летальність в групі хворих із захворюваннями нирок склала 54,17% (померло 4 з 7 пацієнтів), серед хворих без захворювань нирок – 25,42% (померло 30 з 118 хворих) – $p = 0,163$.

Серед хворих на ожиріння, кахексію та алкоголізм померли всі пацієнти. Відмінності статистично значущі ($p<0,001$).

Аналіз летальності залежно від статі показав, що серед жінок тих, що вижили було 31 (68,89%), померлих – 14 (31,11%), серед чоловіків тих, що вижили було 60 (75%), і 20 (25%) померлих. При цьому відмінності виявились статистично незначущі ($p=0,46$).

Аналіз значень шкали ASSES в динаміці лікування показав наявність статистично значущих відмінностей у хворих, що вижили і померлих у всі періоди спостереження з більш високими балами у померлих. Так, при надходженні до стаціонару, сума балів за шкалою ASSES у померлих склала $14,17 \pm 0,92$, а у хворих, що вижили – $10,19 \pm 0,64$.

Найбільш високі значення шкали ASSES як у хворих, що вижили, так і у померлих виявлено на 1-2 добу після операції. Підвищення балів у хворих, що вижили на 1-2 добу до $12,6 \pm 0,52$ у порівнянні з доопераційним значеннями $11,74 \pm 0,77$ не є статистично значущим ($p=0,068$).

У післяопераційному періоді у хворих, що вижили відбувалося поступове зниження значень: до $10,0 \pm 0,65$ на 3-4 добу (відмінності між значеннями у хворих, що вижили на 1-2 і 3-4 добу післяопераційного періоду статистично значущі – $p < 0,001$). На 5-7 добу значення знизилися до $9,4 \pm 0,07$ (відмінності статистично значущі в порівнянні з 3-4 добою – $p=0,003$).

У померлих підвищення балів за шкалою ASSES на 1-2 добу післяопераційного періоду до $17,92 \pm 0,78$ у порівнянні з балами до операції $15,05 \pm 1$ статистично незначущо ($p=0,061$). Подальше невелике зниження балів до $17,44 \pm 1,05$ на 3-4 добу, до $16 \pm 1,04$ на 5-7 добу і до $12,83 \pm 1,7$ на 8-10 добу також не є статистично значущим.

Для шкали ASSES методом CART було визначено кількість балів, які найбільш точно розділяють групи хворих з низькою і високою вірогідністю летального наслідку: при надходженні і перед операцією – 13 балів, а на 1-2 і 3-4 доби після операції – трохи вище – 16 балів.

При сумі балів за шкалою ASSES на момент надходження до стаціонару не більше 13 летальність склала 22,22%, більше 13-65%. При сумі балів перед операцією не більше 13 летальність була 19,44%, більше 13-51,85%.

При сумі балів на 1-2 добу не більше 16 летальність склала 8,96%, більше 16-56,25%. На 3-4 добу після операції при сумі балів 16 і менше летальність досягала 11,11%, більше 16-70,59%.

Висновки

1. Ураження ЗК виявляється у 64% хворих на важкі форми ГП. Летальність серед хворих на важкі форми ГП з ураженням ЗК складає 32,5%. У 64% хворих на важкі форми ГП виявляється інфікований ПН. Летальність серед хворих на інфікований ПН складає 37,5%.

2. Кахексія, ожиріння, алкоголізм, наявність ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії та захворювання печінки збільшують вірогідність летального результату.

3. Шкала ASSES об'єктивно відображає важкість стану хворих на гострий панкреатит. Як показник важкого стану хворих на гострий панкреатит можна використовувати шкалу ASSES: сума балів більше 13 при надходженні і перед операцією, а також більше 16 на 1-2 і 3-4 доби після операції свідчить про високу вірогідність несприятливого наслідку захворювання.

4. Комплексне використання в діагностиці важких форм ГП КТ та УЗД дозволяє збільшити інформативність цих методів майже до 100%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ И ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА

В.А. Сипливий, В.И. Робак, Г.Д. Петренко, К.В. Конь, Д.В. Евтушенко

Проведен анализ результатов лечения 125 больных с тяжелыми формами острого панкреатита. Всем больным в предоперационном периоде проведено УЗИ. 40 больным также проведено КТ-исследование. Данные УЗИ и КТ, полученные перед операцией, сравнены с интраоперационными.

ми. Все больные прооперированы. Показаниями к операции были: клиника перитонита у 117 больных (93,6%), арозивное кровотечение из сосудов в области некрозов и секвестров у 4 больных (3,2%), нарастание желтухи у 4 больных (3,2%). У 80 больных выявлен инфицированный панкреонекроз, у 80 больных выявлено поражение забрюшинной клетчатки. 34 больных умерло. Выявлены факторы, влияющие на исход заболевания: инфицированный панкреонекроз, поражение забрюшинной клетчатки, кахексия, ожирение, алкоголизм, наличие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и заболеваний печени, сумма баллов по шкале ASSES более 13 при поступлении и перед операцией, а также более 16 на 1-2 и 3-4 сутки после операции.

Ключевые слова: острый панкреатит, забрюшинная клетчатка, ASSES, прогноз исхода заболевания

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE FORMS OF AN ACUTE PANCREATITIS: ANALYSIS OF RESULTS AND FACTORS OF OUTCOME

V.A. Sipliviy, V.I. Robak, G.D. Petrenko, K.V. Kon', D.V. Evtushenko

There is an analysis of treatment of 125 patients with severe forms of an acute pancreatitis. All patients were examined by ultrasound in preoperative period. 40 patients were also examined by computer tomography. All patients were operated. The indication to operation were: clinic of a peritonitis at 117 (93,6%) patients, increase of a mechanical jaundice at 4 (3,2%) patients, a bleeding from arosive vessels in areas of necrosis and sequesters at 4 (3,2%) patients. 80 patients had an infected pancreonecrosis. 80 patients had an injury of retroperitoneal cellulose. 34 patients died. Factors of outcome were: infected pancreonecrosis, injury of retroperitoneal cellulose, cachexia, obesity, inefficiency of cardiovascular system, presence of injury of liver, balls by ASSES scale more than 13 in admitting and more than 16 in 1-2 and 3-4 days of postoperative period.

Key words: acute pancreatitis, retroperitoneal cellulose, ASSES, prognosis of outcome

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабій Я.С. Комп'ютерна томографія у діагностиці форм гострого панкреатиту / Я.С. Бабій, Н.В. Момот, О.О. Савченко // Укр. радіолог. журн. – 2000. – Т. 8, № 1. – С. 34-37.
2. Гострий некротичний панкреатит: сучасні підходи до хірургічного лікування / В.М. Копчак, І.В. Хомяк, К.В. Копчак [та інш.] // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 3.1 (35). – С. 78-80.
3. Конькова М.В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной абдоминальной хирургии / Конькова М.В. – Донецк: Новый мир, 2005. – С. 104-118.
4. Парапанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А.Д. Толстой, В.П. Панов, В.Б. Красногоров [и др.]. – С.Петербург, 2003. – С. 42-44.
5. Сипливый В.А. Оценка тяжести состояния хирургического больного / В.А. Сипливый, А.И. Дронов, Е.В. Конь [и др.] – К.: Мастерня книги, 2009. – С. 77-100.
6. Факторный, дискриминантный и кластерный анализ / Дж. Ким, Ч.У. Мьюллер, У.Р. Клекка [и др.] – М.: Финансы и статистика. – 1989. – 215 с.

Стаття надійшла 16.03.2011