

В. В. Чесалін

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА РАННІХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616-089.15:616.37-002:616.381-072.1

В. В. Чесалін

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Заболеваемость острым панкреатитом во всем мире неуклонно растет. Доля пациентов с деструктивным панкреатитом составляет 15–20 %. При этом летальность в зависимости от объема некроза сохраняется на уровне 60 % и выше. Один из возможных путей снижения летальности при панкреонекрозе — это применение малоинвазивных методов лечения, поскольку только своевременное и адекватное лечение способно привести к ограничению патологического процесса в поджелудочной железе и благоприятному исходу заболевания.

Материалом настоящей работы явились результаты проспективного и ретроспективного обследования 80 больных с различными формами острого панкреатита, различной этиологии, разделенные на три группы в зависимости от примененного метода лечения и степени выраженности эндогенной интоксикации.

Применение малоинвазивных вмешательств как основного или этапного вида оперативного лечения на ранних стадиях острого панкреатита существенно снижает длительность пребывания больных в стационаре (с 67,4 до 20,2 дня), послеоперационную летальность (с 38,7 до 12,5 % — при лапароскопическом дренировании и 7,4 % — при пункционных дренирующих операциях под УЗ-контролем).

Ключевые слова: панкреатит, лапароскопия, оперативное лечение.

UDC 616-089.15:616.37-002:616.381-072.1

V. V. Chesalin

TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS AT THE EARLY STAGES OF THE DISEASE

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The incidence of acute pancreatitis in the world is steadily increasing. The proportion of patients with pancreatitis is 15–20%. Thus mortality associated with the level of necrosis is 60% or higher. One of the possible ways to reduce the mortality of pancreatic necrosis are the use of minimally invasive methods, because only the timely and adequate treatment can lead to a restriction of the pathological process in the pancreas and a favorable outcome of the disease.

Material of this paper were the results of a prospective and retrospective survey of 80 patients with various forms of acute pancreatitis of different etiology, divided into three groups depending on the applied method of treatment and the severity of endogenous intoxication.

Application of minimally invasive interventions, as the main form of staged or surgical treatment at the early stages of acute pancreatitis, significantly reduces the duration of hospital stay (from 67.4 to 20.2 days), postoperative mortality (from 38.7% to 12.5% in the laparoscopic drainage and 7.4 % at puncture drainage operations use US-control).

Key words: pancreatitis, laparoscopy, surgical treatment.

Вступ

Гострий панкреатит належить до поширених хірургічних захворювань і становить у середньому від 3 до 10 % випадків серед невідкладних захворювань органів черевної порожнини [1]. Частота гострого панкреатиту в середньому сягає 38 хворих на 100 тис. населення на рік [2–4]. За останні 5 років за темпами зростання ця нозологічна форма випереджає

всі інші невідкладні захворювання органів черевної порожнини, посідаючи перше – друге місце у структурі ургентних хірургічних захворювань [5; 6].

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування хворих на гострий деструктивний панкреатит на ранніх стадіях розвитку захворювання шляхом застосування малоінвазивних технологій та традиційних способів лікування.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалом цієї роботи були результати проспективного і ретроспективного обстеження 80 хворих з різними формами гострого панкреатиту, різної етіології, які перебували на стаціонарному лікуванні у 1-му і 2-му хірургічних відділеннях МКЛ № 9 (Одеса). Усім хворим проводилося комплексне обстеження: загальний аналіз



Розподіл хворих на гострий панкреатит за групами залежності від ступеня тяжкості на ранніх стадіях захворювання, абс. (%)

Група	Ступінь тяжкості			Усього хворих
	Легкий	Середній	Тяжкий	
1	2 (6,45)	19 (61,29)	10 (32,26)	31 (100)
2	2 (8,33)	15 (62,5)	7 (29,17)	24 (100)
3	5 (18,52)	15 (62,96)	5 (18,52)	25 (100)
Разом	9 (10,98)	50 (62,2)	21 (26,82)	80 (100)

крові, біохімічний аналіз крові, коагулограма, визначення рівня глюкози крові, загальний аналіз сечі, електрокардіографія; ступінь тяжкості гострого панкреатиту й ендотоксикозу визначали з допомогою прогностичної бальної оцінки J. H. S. Ranson (1976, 1981), за вмістом молекул середньої маси і С-реактивного білка, величинами лейкоцитарного індексу інтоксикації. Для вибору методу оперативного втручання проводили ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію (КТ) з контрастуванням, бактеріологічне дослідження перитонеального ексудату і матеріалу, отриманого під час черезшкірних пункційних втручань. Виконували ендоскопічну гастродуоденофіброскопію і ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ), а за необхідності — ендоскопічну панкреатоангіографію (ЕПА). Застосовували також статистичні методи.

Для визначення ефективності оперативного лікування у ранній (ферментативній) фазі захворювання або фазі формування некрозу й асептичної секвестрації були проаналізовані результати лікування 31 хворого на гострий деструктивний панкреатит. Цим пацієнтам була проведена лапаротомія з «відкритими» методами дренивання заочеревинного простору і сальникової сумки, вони утворили групу 1. До групи 2 увійшли 24 пацієнти з гострим деструктивним панкреатитом, яким до комплексної терапії було включено лікувально-діагностичну лапароскопію. Група 3 — 25 хворих на гострий деструктивний панкреатит, як основну оперативну допомогу їм проводили лікувально-діагностичні пункції під контролем УЗД.

Деструктивний характер захворювання підтверджено даними УЗД, КТ, знахідками під час операції або наслідками захворювання (інфільтрат, кіста, внутрішня нориця).

Результати лікування оцінювали за такими критеріями: показник летальності та частота гнійних ускладнень, тривалість перебування на стаціонарному лікуванні.

Терміни надходження хворих до стаціонару були такими: 16 (20,53 %) хворих надійшли до 24 год від початку захворювання; 13 (15,89 %) хворих — від 24 до 72 год; 51 (63,58 %) хворий — пізніше 72 год.

Більшість пацієнтів надходили з вираженим больовим та іншими синдромами, характерними для гострого панкреатиту. У 34 (41,06 %) хворих діагноз встановлено на догоспітальному етапі та підтверджено шляхом клінічних, інструментальних і біохімічних досліджень. Ще у 19 (23,84 %) хворих діагноз був встановлений або уточнений у клініці до операції, у 7 (9,27 %) хворих — після лапароскопії або ЕВХ-втручань, у 20 (25,83 %) — після лапаротомії.

Підбір хворих у групах був однорідним. Схожість пацієнтів визначалася за статтю, віком, тяжкістю клінічного перебігу захворювання, виходячи з критеріїв прогностичної системи бальної оцінки J. H. S. Ranson (1976, 1981), визначення вираженості ендогенної інтоксикації, даних лабораторних та інструментальних методів досліджень.

У кожній з цих груп, виходячи з критеріїв прогностичної системи бальної оцінки J. H. S. Ranson (1976, 1981), виділено по три підгрупи з легким, серед-

ньотяжким і тяжким гострим панкреатитом. Розподіл хворих на гострий панкреатит залежно від ступеня тяжкості на ранніх стадіях захворювання подано у табл. 1.

Обсяг оперативних втручань на ранніх стадіях розвитку гострого панкреатиту в групах 1, 2 та 3 наведено у табл. 2–4.

Вибір методів дослідження визначався завданнями роботи з метою об'єктивізації оцінки тяжкості захворювання, ступеня інтоксикації, стану органів і систем, результатів лікування. Дослідження проводилися комплексно, в динаміці захворювання та лікування: при надходженні хворого до стаціо-

Таблиця 2

Структура виконаних оперативних втручань у хворих на гострий деструктивний панкреатит групи 1 на ранніх стадіях захворювання

Вид оперативної допомоги	Кількість втручань
Дренування черевної порожнини	31
Розтин і дренивання сальникової сумки	30
Тампонування сальникової сумки	30
Мобілізація підшлункової залози	1
Розтин заочеревинних скупчень	30
Катетеризація круглої зв'язки	2
Холецистостомія	12
Холецистектомія	12
Дренування халедоха	9



Таблиця 3

Структура виконаних оперативних втручань у хворих на гострий деструктивний панкреатит групи 2 на ранніх стадіях захворювання

Вид оперативної допомоги	Кількість втручань
Комбінована лапароскопія	19
Катетеризація і блокада круглої зв'язки печінки	18
Дренування черевної порожнини (від 1 до 4 дренажів)	19
Діагностична лапароскопія	5
Оперативні втручання після діагностичних лапароскопій:	
Лапаротомія, холецистостомія, дренування сальникової сумки і черевної порожнини	2
Лапаротомія, дренування черевної порожнини	1
Лапаротомія, оментопанкреатостомія, дренування черевної порожнини	1
Лапаротомія, холецистостомія, оментопанкреатопексія, дренування черевної порожнини	1

Таблиця 4

Структура виконаних оперативних втручань у хворих на гострий деструктивний панкреатит групи 3 на ранніх стадіях захворювання

Вид оперативної допомоги	Кількість втручань
Лікувально-діагностичні пункції (від 1 до 8)	Усього 65
Дренування під контролем УЗД	1

нару, на 1-шу, 3-тю–5-ту, 7-му–10-ту, 14–16-ту добу лікування, а за необхідності — і більш тривалий період.

Основними показаннями до операції у хворих в групі 1 на ранніх стадіях захворювання були: розповсюджений перитоніт, гострий деструктивний холецистит, неефективність проведеної консервативної терапії. При лікуванні хворих у групах 2 та 3 керувалися такими показаннями: наявність ферментативного перитоніту на тлі гострого панкреатиту; різко виражений больовий симптом у хворих зі встановленим діагнозом гострого панкреатиту, за відсутності симптомів подразнення очеревини; середній і тяжкий ступінь ендогенної інтоксикації у хворих на гострий

панкреатит, виявлення під час УЗД та/або КТ скупчень рідини в заочеревинному просторі, сальникової сумці, черевній порожнині; усі випадки гострого панкреатиту із супровідним гострим холециститом або загостренням хронічного калькульозного холециститу; наявність жовчної гіпертензії незалежно від її причин.

Лікування малоінвазивними пункційними методами вважали ефективним, якщо позитивна клінічна динаміка супроводжувалася ліквідацією постнекротичного порожнинного або інфільтративного осередку.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед 80 оперованих хворих на гострий деструктивний панкреатит було чоловіків — 46 осіб, жінок — 34 особи. Середній вік пацієнтів — 43,89 року. Етіологічна структура хворих на гострий панкреатит така: алкогольно-аліментарний панкреатит — 40 хворих; біліарний панкреатит — 22 пацієнти; гастрогенний панкреатит — 15 хворих; травматичний панкреатит — 1 хворий. У двох хворих етіологічний фактор не було встановлено (рис. 1).

У групі 1 серед усіх обстежених хворих — 29 (93,6 %) осіб перебували у середньо-

тяжкому та важкому стані, у групі 2 — 22 (91,7 %), а в групі 3 — 22 хворих (81,5 %).

Характер і обсяг оперативних втручань, виконаних хворим групи 1 на ранніх стадіях розвитку гострого панкреатиту подаються у табл. 2. У 26 (83,9 %) хворих цієї групи розвинулися гнійно-септичні ускладнення, пов'язані з «відкритими» методами дренування сальникової сумки і заочеревинного клітковинного простору, а також досить тривалим післяопераційним парезом кишечнику, що потребувало надалі неодноразових повторних втручань. Післяопераційна летальність становила 38,7 %.

Групу 2 утворили 24 пацієнти з гострим панкреатитом, яким у комплексну терапію було включено лікувально-діагностичну лапароскопію. До групи 3 увійшли 25 хворих на гострий панкреатит, яким основна оперативна допомога полягала у пункції під контролем УЗД. Характер і обсяг оперативних втручань, виконаних у цих групах, наведено в табл. 3 і 4.

У групі 2 післяопераційна летальність дорівнювала 12,5 %, а в групі 3 — 7,4 %. Гнійно-

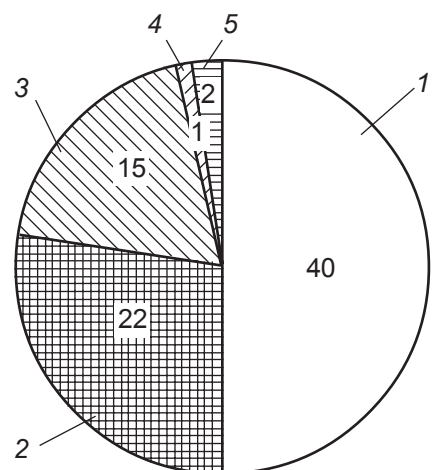


Рис. 1. Розподіл хворих на гострий панкреатит на ранніх стадіях захворювання залежно від етіологічного фактора, n=80: 1 — алкогольно-аліментарний панкреатит; 2 — біліарний панкреатит; 3 — гастрогенний панкреатит; 4 — травматичний панкреатит; 5 — ідіопатичний панкреатит

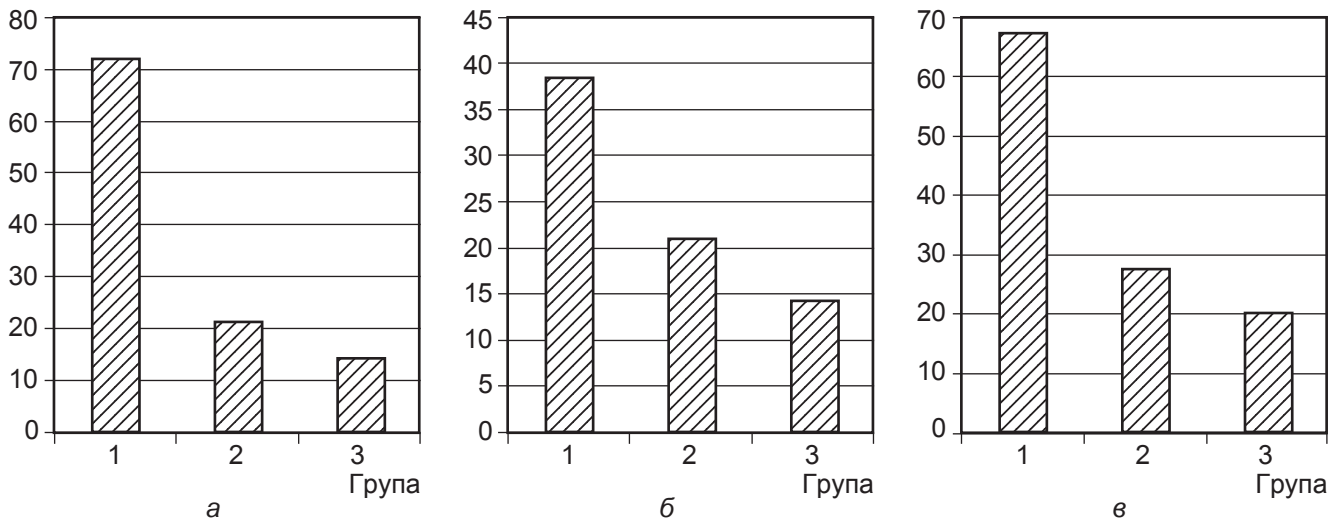


Рис. 2. Порівняльні показники ефективності комплексного хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит на ранніх стадіях захворювання за критеріями виникнення гнійно-септичних ускладнень (а), показниками летальності (б) та ліжко-днів (в)

септичні ускладнення в групах, де застосовувалися малоінвазивні втручання, виникли у середньому в 13,7 % хворих, середній ліжко-день становив 20,2 дня. Середній ліжко-день у групі 1 сягав 67,4 дня.

Таким чином, за критеріями виникнення гнійно-септичних ускладнень, показниками летальності та тривалості стаціонарного лікування істотну ефективність показали лікувальні заходи, проведені у групах 2 і 3, порівняно з такими, проведеними нами у групі 1 (рис. 2).

Висновки

Малоінвазивні втручання (пункційні та лапароскопічні дренуючі втручання, ендоскопічні втручання: ЕРПХГ, ЕПСТ), що виконуються на ранніх стадіях гострого панкреатиту, зменшують інтоксикацію, сприяють більш швидкій нормалізації клінічного стану та підвищенню ефективності консервативної терапії.

Застосування малоінвазивних втручань як основного або етапного виду оперативного лікування на ранніх стадіях гострого панкреатиту істотно знижує тривалість перебування хворих у стаціонарі (з 67,4 до 20,2 дня), післяопераційну летальність (з 38,7 до 12,5 % — при лапароскопічному дре-

нуванні та 7,4 % — при пункційних дренуючих операціях під УЗ-контролем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kwon R. S. New advances in pancreatic imaging / R. S. Kwon, W. R. Brugg // *Curr. Opin. Gastroenterology*. — 2005, Sep. — Vol. 21 (5). — P. 561–567.
2. Enteral or parenteral nutrition for severe pancreatitis a randomized controlled trial and health technology assessment / B. E. Louie, T. Noseworthy, D. Hailey [et al.] // *Canadian Journal of Surgery*. — 2005, Aug. — Vol. 48 (4). — P. 298–306.
3. Matos C. Chronic and inflammatory pancreatitis: role of cross-sectional imaging / C. Matos, E. Coppens // *J. Radiol.* — 2005, Jun. — Vol. 86 (6 Pt2). — P. 749–757.
4. Pitchumoni C. S. Factors influencing mortality acute pancreatitis: can we alter them? / C. S. Pitchumoni // *Gastroenterol.* — 2006, Oct. — Vol. 39 (9). — P. 798–814.
5. Dynamic nature of early organ dysfunction determines outcome in acute pancreatitis / A. Buter, C. W. Imrie, C. R. Carter [et al.] // *Brit. J. Surg.* — 2002. — N 89. — P. 121–126.
6. Ohisson K. A. The role of protease and protease inhibitors in the pathophysiology of acute severe pancreatitis / K. A. Ohisson // *Gastrointest. Emergencies: Proc. 1 et IntSymp.* — Oxford. Stockholm, 2000. — P. 325–328.

REFERENCES

1. Kwon R.S., Brugg W.R. New advances in pancreatic imaging. *Curr. Opin. Gastroenterology* 2005 Sep; 21 (5): 561-567.
2. Louie B.E., Noseworthy T., Hailey D. Enteral or parenteral nutrition

for severe pancreatitis a randomized controlled trial and health technology assessment. *Canadian Journal of Surgery* 2005 Aug; 48 (4): 298-306.

3. Matos C., Coppens E. Chronic and inflammatory pancreatitis: role of cross-sectional imaging. *J. Radiol.* 2005 Jun; 86 (6 Pt2): 749-57; quiz 758. French.

4. Pitchumoni C.S. Factors influencing mortality acute pancreatitis: can we alter them? *Gastroenterol* 2006 Oct; 39 (9): 798-814.

5. Buter A., Imrie C.W., Carter C.R. et al. Dynamic nature of early organ dysfunction determines outcome in acute pancreatitis. *Brit. J. Surg* 2002; 89: 121-126.

6. Ohisson K.A. The role of protease and protease inhibitors in the pathophysiology of acute severe pancreatitis. *Gastrointest. Emergencies: Proc. 1 et IntSymp.* Oxford. Stockholm, 2000. 325-328 pp.

Надійшла 16.01.2014

