

© О.Є. Каніковський, В.В. Мосьондз, Л.О. Федорук, О.В. Харчук, 2011

УДК: 616.37–002–036.–089.85

О.Є. КАНІКОВСЬКИЙ, В.В. МОСЬОНДЗ, Л.О. ФЕДУРУК, О.В. ХАРЧУК

МАЛОІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ АСЕПТИЧНОГО ТА ІНФІКОВАНОГО ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, медичний факультет №2, кафедра хірургії, Вінниця

Проведений аналіз результатів лікування 120 хворих на асептичні та інфіковані форми гострого панкреатиту з застосуванням мініінвазивних втручань на різних стадіях захворювання. Зроблено висновок щодо ефективності застосування мініінвазивних втручань в залежності від форми, перебігу захворювання та виду ускладнення гострого некротичного панкреатиту.

Ключові слова: гострий панкреатит, інтервенційна сонографія, пункція, дренивання, лапароскопічна холецистектомія; папілосфінктеротомія, секвестрэктомія

Вступ. Однією з пріоритетних проблем сучасної невідкладної хірургії, що потребує нагального та всебічного розв'язання, є проблема лікування гострого некротичного панкреатиту (ГНП). На тлі збільшення захворюваності, що зросла за останні 10-15 років майже в тричі, зростає частка його важких деструктивних форм 40-49% [2, 4, 6, 11]. Загальна летальність в останні роки в середньому складає 3,8-11,4% тоді як при деструктивних формах залишається стабільно високою 40-80% без стійкої тенденції до зниження [7, 8, 13]. Найбільш важким контингентом хворих на гострий панкреатит (ГП) є пацієнти з гнійно-некротичними ускладненнями (ГНУ). Приєднання інфекції при панкреонекрозі (ПН) різко погіршує прогноз захворювання і в 1,5 – 2 рази збільшує летальність [3]. Незважаючи на те, що гнійні ускладнення зустрічаються у 3-9 % хворих на гострий панкреатит; і серед причин смерті займають провідне місце [15]. Покращення результатів лікування в останні роки пов'язано з підвищенням ефективності консервативної терапії в ранній фазі гострого панкреатиту та ефективної лапароскопічної і оперативної корекції в період ускладнень. Проблема своєчасної і точної діагностики гнійно-некротичних ускладнень гострого панкреатиту не можна вважати вирішеною – недостатньо вивчені ланки патогенезу, шляхи інфікування вогнищ запальної деструкції підшлункової залози, а також роль анаеробної неклостридіальної інфекції. Залишається відкритим питання вибору оптимальної хірургічної тактики при гострому панкреатиті, які до даного часу залишаються досить неоднозначними. Усе вище сказане свідчить за необхідність підвищення ефективності міні та хірургічних втручань у хворих на гострий панкреатит з метою попередження розвитку гнійно-некротичних ускладнень. Актуальність і складність проблеми хірургічного лікування гнійно-некротичних ускладнень некротичного панкреатиту спонукають до пошуку нових способів вирішення даної проблеми. Одним із ключових питань хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту (ГНП) є застосування малоінва-

зивних технологій (лапароскопічна холецистектомія, папілосфінктеротомія, пункція, санація та дренивання осередків деструкції підшлункової залози) на тлі сучасного комплексного лікування, що в значній мірі дозволяють у більшості хворих подолати симптоми системно-токсичного розвитку захворювання, сприяючи абортивному перебігу захворювання і створюють кращі умови для проведення оперативних втручань при розвитку гнійно-септичних ускладнень.

Відсутність задовільних результатів від застосування класичних методів хірургічної корекції ускладнень гострого некротичного панкреатиту пояснює постійну увагу до цієї проблеми та вимагає удосконалення загальноприйнятих та пошуку нових підходів до лікування цієї патології [1, 5].

Мета дослідження. Поліпшити результати лікування хворих на асептичні та інфіковані форми гострого панкреатиту в комплексному застосуванні малоінвазивних технологій.

Матеріали та методи. В роботі представлений досвід лікування 120 хворих на асептичні та інфіковані форми гострого панкреатиту з застосуванням лапароскопічних методик, що перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова та третьої міської лікарні швидкої медичної допомоги м.Черкас протягом 2006 – 2011 років. Важкість стану і ступінь вираженості патологічного процесу хворих визначався за критеріями Міжнародної Асоціації панкреатологів (Атланта, 1992) та прогностичними шкалами: J.Ranson, APACHE II. Мініінвазивні втручання (пункція і дренивання під контролем ультрасонографії (УСГ), лапароскопічна санація і дренивання черевної порожнини) проведено 120 хворим. Процедура була остаточною у 76 хворих (63,3 %), і тільки у 44 хворих (36,7 %) комбінували із трансабдомінальними втручаннями. Віковий інтервал хворих коливався $42,5 \pm 10,3$ рр. В гендерному аспектові хворі розподілилися – 82,4 % (103) чоловіки, 13,6

% (17) жінки. За терміном госпіталізації 80,7 % (96) хворих госпіталізовано до хірургічного стаціонару первинно і пізніше 24 годин з моменту захворювання, 19,3 % (14) переведені з інших лікувальних закладів, 12 % (10) госпіталізовані повторно. Осяг первинного оперативного втручання, під час лапароскопії полягав у розгерметизації вогнищ запальної деструкції підшлункової залози, санації та дрениванні гнійних осередків, черевної порожнини, холецистектомії, папілосфінктеротомії. Серед прооперованих 92,8 % хворі працездатного віку. Інфікований некротичний панкреатит було діагностовано у 54 (45,0 %) хворих з терміном госпіталізації більше 24 годин. Рідинні утворення виявлені у 89 (74,1 %) хворих, панкреатогенний перитоніт 22 (18,3 %), абсцеси підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини 38 (31,6 %) черевної порожнини 19 (15,8 %), флегмона заочеревинного простору 7 (5,8 %) дуоденальні та товстокишкові нориці 7 (5,8 %),

зовнішня панкреатична нориця 12 (10,0 %), параколіти 12 (10,0 %). В 25,8 % (31) хворого при первинній лапароскопії в черевній порожнині випоту не виявлено. 59 (49,1 %) хворим мініінвазивні втручання проводилися двічі, 43 (35,8 %) пацієнтам – тричі. Лапаротомія з приводу гнійно – некротичних ускладнень ГНП виконана у 44 (36,7 %) хворих. Загальна летальність склала 9,2 % (11). У структурі летальності чоловіки складають 72,7 % (8), жінки 27,3 % (3). Середній вік померлих складає $47,3 \pm 5,2$ роки.

Результати досліджень та їх обговорення. Оперативні втручання виконували всім хворим. Об'єм оперативних втручань включав: пункцію рідинних утворень під контролем ультрасонографії, лапароскопічне дренивання порожнини малого чепця та черевної порожнини, лапароскопічні холецистектомії, папілосфінктеротомії, трансабдомінальні втручання.

Розподіл хворих в гендерному аспектові відбувся наступним чином (табл.1)

Таблиця 1

Гендерно-вікова характеристика

Вік (роки)	жінки		чоловіки	
20-29	—	—	8	6,6 %
30-39	—	—	32	26,6 %
40-49	11	9,1 %	39	32,5 %
50-59	5	4,1 %	13	10,8 %
60-69	1	0,8 %	9	7,5 %
70-80	—	—	2	1,6 %
Всього	17	14,15 %	103	85,8 %

Як видно, переважна кількість – це пацієнти працездатного віку, що відповідно обумовлює сутність проблеми в соціальному аспектові. В діагностичному аспектові всім хворим проводилася ультрасонографія з використанням апарату MySono-U5, компютерна томографія, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) з застосуванням фібродуоденоскопа з боковою оптикою Pentax ED-3680TK, контрастом – 76 %

триомбаст і рентгенологічного цифрового апарату «Аспект» у 34 пацієнтів та загальноклінічний моніторинг. В 70 % (84) хворих причиною ГНП був етанольно-еліментарний фактор, у 28 % (33) патологія біліарного тракту і лише 2 % (3) це гострі панкреатити пов'язані з травмою. Розподіл ускладнень при ГНП проводився з урахуванням локалізації осередку, форми субстрату, ступеня поширеності процесу (табл. 2)

Таблиця 2

Структура ускладнень при ГНП

Нозологія	жінки		чоловіки	
Панкреатогенний перитоніт	5	4,1 %	17	14,1 %
Абсцеси підшлункової залоз	5	4,1 %	19	15,8 %
Абсцеси парапанкреатичної клітковини	8	6,6 %	6	5,0 %
Абсцеси черевної порожнини	12	10,0 %	7	5,8 %
Флегмона заочеревинного простору	2	1,6 %	5	4,1 %
Параколіти	4	3,3 %	8	6,6 %
Дуоденальні нориці	2	1,6 %	1	0,8 %
Товстокишкові нориці	2	1,6 %	2	1,6 %
Зовнішня панкреатична нориця	3	2,5 %	9	7,5 %
Поєднані ускладнення	9	7,5 %	41	34,1 %

У 109 хворих мініінвазивні втручання проводилися як з лікувальною так і з діагностичною метою решта з діагностичною. Так в структурі панкреатичних, парапанкреатичних, позаочеревинних ускладнень домінував рідинно-тканинний компонент тоді як при абдомінальних – рідинний. У 89 (74,1 %) хворих застосовані нами малоінвазивні оперативні втручання були остаточними. Проте у 44 (36,7 %) малоінвазивні втручання доповнювалися традиційними трансабдомінальними методами хірургічної корекції. Малоінвазивні втручання проводилися в різні терміни з моменту захворювання. При гострому біліарному панкреатиті у 33 (28%) хворим на тлі ЕРХПГ, папілотомії, назобілярного стентування виконали лапароскопічну холецистектомію, що значно сприяло зниженню ускладнень в системно-токсичній фазі захворювання. При ферментативному перитоніті у 22 (18,3 %) пацієнтів – лапароскопічне дренування черевної порожнини, та пункцію під ультразвуковим контролем. Ефективність якого просліджувалася у 18 хворих. Недоліком являвся малий діаметр дренажних пристроїв, які перекривалися фрагментами детриту. Рідинні утворення у 38 (31,6 %) хворих в підшлунковій залозі (ПЗ) та парапанкреатичній клітковині (ППК) пунктували або дренивали за Сельдінгером під УС контролем. Відкриті оперативні втручання виконано у 44 хворих перебіг захворювання яких ускладнився комбінацією ускладнень, прогресуванням стану та неефективністю малоінвазивних методик, що потребувало більш радикального дренування осередків та гнійних заплівів. Розвиток постнекротичних гнійних ускладнень без тенденції до обмеження запального вогнища, виникнення арозивної кровотечі, шлункових і кишкових нориць прогностично були найбільш несприятливими. Вказані ускладнення потребували активної хірургічної тактики та виконання повторних оперативних втручань (релaparотомій), малоінвазивних інтервенційних технологій з раннім відключенням з пасажу петлі кишки з но-

рицею. Використання ендоскопічних методів оперативної корекції не супроводжувалось виникненням цих ускладнень і було методом вибору. В післяопераційному періоді лікувальні маніпуляції (некрсеквестректомія, санація порожнин) та контроль за їх ефективністю здійснювався ендоскопічно через сформований оментобурсостомний канал.

Застосування відеолапароскопії дозволило в значній мірі скоротити кількість ранніх лапаротомій та релaparотомій при негнійному некротичному панкреатиті, ускладненому ферментативним перитонітом, замінивши їх лапароскопічним дрениванням сальникової сумки і черевної порожнини.

Висновки: Отже, комплексне лікування гострого некротичного панкреатиту з моменту поступлення до стаціонару потребує якнайбільш раннього консервативного лікування в поєднанні з застосуванням малоінвазивних методів корекції постнекротичних ускладнень. Найефективнішими виявилися мініінвазивні ендовідеоскопічні операції при біліарних формах гострого панкреатиту (фіксований конкремент у великому сосочку дванадцятипалої кишки – сосочок Фатерова, холедохолітіаз), при ферментативному перитоніті – лапароскопія. Пункційні і дрениючі маніпуляції під контролем УСГ та КТ показані при обмежених рідинних утвореннях підшлункової залози з переважанням рідинного компоненту над тканинним. При тяжкому панкреонекрозі зміна хірургічного доступу (на малоінвазивний) при стандартизованих підходах до вибору показів та об'єму операції на тлі комплексного консервативного лікування не призводить до статистично значимого зниження післяопераційної летальності. Тому при субтотальному та тотальному ураженні підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини, розлитому інфікованому перитоніті, позаочеревинних ускладненнях, а також неефективності мініінвазивних втручань пріоритетність залишається за відкритими некретоміями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Гострий панкреатит: аналіз пріоритетних складових комплексного хірургічного лікування з позицій сучасних наукових досліджень / В.П. Андрющенко, Д.В. Андрющенко, В.А. Магльований, Л.М. Когут // Український Журнал Хірургії. — 2011. — № 5 (14). — С. 83—87.
2. Миниинвазивные технологии в лечении острого панкреатита / В.В.Дарвин, С.В.Онищенко, А.Я.Ильканич [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2009. — № 2. — С. 29—32.
3. Холангиолитиаз как причина острого панкреатита в свете лапароскопической хирургии / В.В. Иващенко, К.К. Скворцов, К.К. Скворцов (мл.), Ю.И. Журавлёва // Анналы хирургической гепатологии. — 1998. — Т. 3, № 3. — С. 67—68.
4. П.Г. Кондратенко Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. — Донецк, 2008. — 352 с.
5. Соціальні аспекти проблеми гострого панкреатиту / М.П. Павловский, А.Т. Чикайло, М.О. Лерчук [та ін.] // Клінічна хірургія. — 2003. — № 1. — С. 31—32.
6. Алгоритм обследования и лечения больных острым панкреатитом / Г.С. Рыбаков, М.Д. Дибиров, Б.С. Брискин [и др.] // Хирургия. — 2008. — № 4. — С. 20—26.
7. Сырбу И.Ф. Новохатний Пункционно—дренажные вмешательства в лечении жидкостных образований при остром панкреатите / И.Ф. Сырбу, П.Ф. Новохатний // Украинский Журнал Хирургии. — 2011. — № 5 (14). — С. 173—175.
8. Шалимов А.А. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита / А.А. Шалимов, М.Ю. Ничитайло, А.Н. Литвененко // Клінічна хірургія. — 2006. — № 6. — С. 12—20.

9. Ярешко В.Г. Лечение панкреатической флегмоны / В.Г. Ярешко, Д.Ю. Рязанов, С.Г. Живица // Клінічна хірургія. — 2008. — № 4—5. — С. 61.
10. The course of bacterial infection of the pancreas and its relation to disease severity in rodent model of acute necrotizing pancreatitis / T. Foitzik, K. Mithofer, M.J. Ferraro [et al.] // Ann Surg. — 1999. — Vol. 220. — P. 193—198.
11. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary Pancreatitis / U.R. Folsch, R. Nitsche, R. Ludtke [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2007. — Vol. 336. — P. 237—242.
12. Rickes S. Acute severe pancreatitis: contrast-enhanced sonography / S. Rickes, P. Malfertheiner // Abdom Imaging. — 2008. — № 19. — P. 45—49.
13. Acute necrotizing pancreatitis: role of CT-guided percutaneous catheter drainage / D. Segal, K.J. Mortele, P.A. Banks, S.G. Silverman // Abdom Imaging. — 2007. — № 32 (3). — P.351—361.
14. Szentkereszty Z. The role of percutaneous external drainage in the treatment of fluid collections associated with severe acute pancreatitis. What, when and how to drain? / Z. Szentkereszty, P. Sabry // Orv. Hetil. — 2007. — Vol. 148, № 30. — P. 1395—1399.
15. Outcome of intensive medical treatment in patients with infected severe necrotizing pancreatitis / J.H. Song, D.W. Seo, S.W. Byun [et al.] // Korean J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 48, № 5. — P. 337—343.

KANIKOVSKIY O.YE., MOSONDZ V.V., FEDORUK L.O., KHARCHOUK O.V.

Vinnitsya National Medical University by M.I. Pirogov, Department of Surgery of Medical Faculty №2, Vinnitsya

MINIMALLY INVASIVE SURGERY OF ASEPTIC AND INFECTED ACUTE NECROTISING PANCREATITIS

The analysis of treatment results of 120 patients with aseptic and infected forms of acute pancreatitis, using minimally invasive interventions at different stages of the disease. Satisfactory effectiveness of minimally invasive interventions, depending on the form of the disease and the type of complications of acute necrotic pancreatitis was proved.

Key words: acute pancreatitis, interventional sonography, puncture, drainage, laparoscopic cholecystectomy; papillosphincterotomy, sequestrectomy

Стаття надійшла до редакції: 24.03.2011 р.