

УДК 616.37-002.4-036.11-092-08

ДРОНОВ А.И., КОВАЛЬСКАЯ И.А., УВАРОВ В.Ю., ГОРЛАЧ А.И.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Киевский центр хирургии печени, желчных протоков и поджелудочной железы имени В.С. Земскова, г. Киев, Украина

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Цель: определить значимые звенья в патогенезе острого некротического панкреатита, на которых базируется комплекс необходимых лечебных мероприятий.

Материал и методы. В исследование включены 1197 больных с тяжелым острым некротическим панкреатитом. Из них сформированы 2 группы сравнения: 509 пациентов (контрольная группа), которые проходили лечение с 2003 по 2007 год, и 688 больных (исследуемая группа) — с 2008 по 2012 год. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. В исследуемой группе был применен разработанный в клинике диагностико-лечебный алгоритм с учетом основных звеньев патогенеза острого некротического панкреатита и с использованием мини-инвазивных технологий. В каждой фазе заболевания тактика должна быть различной. В ранней фазе — строго консервативной с применением эфферентных методик детоксикации и «обрывающей» терапии, в поздней — активно-выжидательной и при наличии признаков инфицирования — активно-хирургической.

Результаты. Представленная диагностическая и лечебная программа с использованием мини-инвазивных технологий в соответствии с патогенезом острого некротического панкреатита позволила снизить количество оперативных вмешательств на 9,8 % (группа сравнения — 28,3 %, исследуемая — 18,5 %), стабилизировать показатели летальности в группе больных с тяжелым острым некротическим панкреатитом в пределах 9,6–11,8 %, сократить длительность пребывания больных в стационаре на 7,1 койко-дня.

Выводы. В лечении острого некротического панкреатита нет золотого стандарта, оно должно быть комплексным и индивидуальным. основополагающими моментами являются: учет патогенетических особенностей течения заболевания, фазности его течения, в каждом периоде заболевания — патогенетически обоснованный комплекс лечебных мероприятий.

Ключевые слова: тяжелый острый некротический панкреатит, патогенез, комплексное лечение.

Введение

Актуальность проблемы лечения больных с острым некротическим панкреатитом (ОНП) обусловлена значительным увеличением количества больных и стабильно высокой летальностью (до 20–26 %) [1, 4]. Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения больных с ОНП наряду с поздней диагностикой является неадекватный выбор и начало консервативной и оперативной лечебной тактики [1, 3, 5, 9]. Как правило, объем проводимой терапии носит посиндромный характер и направлен на ликвидацию клинических симптомов заболевания без учета морфофункциональных проявлений основных звеньев, составляющих сложную цепь патогенеза острого некротического панкреатита. Лечение больных с острым некротическим панкреатитом остается одной из наиболее сложных и трудоемких проблем

в неотложной абдоминальной хирургии, в решении которой основным направлением является оптимальный выбор тактики лечения [2, 4, 5, 7, 8].

Имеются сложившиеся представления о путях улучшения результатов лечения пациентов с острым панкреатитом:

- своевременное раннее выявление пациентов с острым некротическим панкреатитом;
- прогнозирование тяжести заболевания;
- терапия патологических процессов в поджелудочной железе до наступления ее необратимой деструкции;

© Дронов А.И., Ковальская И.А., Уваров В.Ю., Горлач А.И., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

- разработка методов борьбы с системными осложнениями острого панкреатита;
- эффективная профилактика гнойно-септических осложнений;
- совершенствование хирургического стандарта лечения пациентов с острым некротическим панкреатитом.

Цель: определить значимые звенья в патогенезе острого некротического панкреатита, на которых базируется комплекс необходимых лечебных мероприятий.

Материал и методы

В исследование включены 1197 больных с тяжелым острым некротическим панкреатитом (ТОНП), которые находились на лечении в Киевском городском центре хирургии печени и поджелудочной железы имени В.С. Земскова в 2003–2012 годах. Из них сформированы 2 группы сравнения: 509 пациентов, которые проходили лечение с 2003 по 2007 год, и 688 больных — с 2008 по 2012 год. Такое разделение на группы основано на том, что в первый временной период происходило оснащение клинической базы и внедрение мини-инвазивных методик диагностики и лечения. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. В первой группе женщин было 154 (30,2%), мужчин — 355 (69,8%), средний возраст больных составил 43,4 года; во второй группе мужчин было 476 (69,2%), женщин — 212 (30,8%), средний возраст — 45,6 года. В исследовании участвовали больные в возрасте от 16 до 82 лет.

По этиологии ТОНП все больные были разделены на 2 группы — с билиарным панкреатитом (20,4%) и алиментарным (79,6%). В работу не включали больных с послеоперационным, травматическим и параканкротическим панкреатитом.

Основными задачами диагностической программы были:

- раннее выявление тяжелого панкреатита и дифференциация его на билиарный и алиментарный в связи с различием в тактике лечения в первые 72 часа;
- прогнозирование тяжести заболевания;
- своевременная диагностика инфицирования острого тяжелого некротического панкреатита и его осложнений;
- определение сроков выполнения инвазивных мероприятий в диагностико-лечебном алгоритме ведения пациентов с ОНП.

Разработка практических подходов к лечению ОНП опирается на формирование концепций, касающихся различных сторон его патогенеза. Видение патогенеза острого панкреатита в первую очередь как сосудистой проблемы нашло свое подтверждение в морфологической части наших исследований. Это позволяет проводить аналогию между острым некротическим панкреатитом и инфарктом и еще раз акцентирует внимание на важности фактора времени в диагностике и лечении этой группы



Рисунок 1

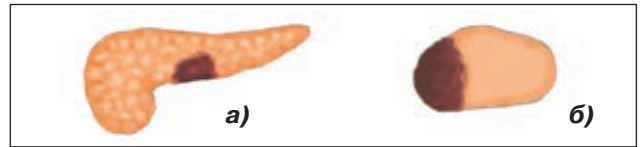


Рисунок 2

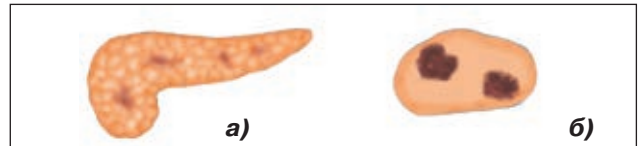


Рисунок 3



Рисунок 4



Рисунок 5



Рисунок 6



Рисунок 7

Таблица 1. Клинико-морфологическая характеристика форм острого некротического панкреатита

№ рисунка	Тип некроза	Частота встречаемости, %
1	(а, б) очаговый поверхностный	19,1
2	(а, б) очаговый трансмуральный	28,1
3	(а, б) очаговый интрамуральный	5,2
4	(а, б) субтотальный поверхностный	16,1
5	(а, б) субтотальный трансмуральный	22,5
6	(а, б) тотальный поверхностный	6,7
7	(а, б) тотальный трансмуральный	2,3

больных. Исходя из данных микроморфологических, а также макроморфологических изменений в ткани поджелудочной железы (ПЖ), нами предложена клинко-морфологическая классификация острого некротического панкреатита (в дополнение к классификации Атланты (1992); авторское право на интеллектуальную собственность) (рис. 1–7, табл. 1).

Разные хирургические школы предлагают строго консервативную, активно-выжидательную и активно-хирургическую тактику в лечении острого некротического панкреатита, однако в каждой фазе заболевания тактика должна быть различной.

В ранней фазе — строго консервативной с применением эфферентных методик детоксикации и «обрывающей» терапии, в поздней — активно-выжидательной и при наличии признаков инфицирования — активно-хирургической.

Лечение в ранней фазе острого некротического панкреатита проводится в отделении интенсивной терапии и реанимации и включает:

1. Этиопатогенетическую терапию (борьба с болью, гиперферментемией, восстановление гемодинамики, коррекция гемокоагуляционных нарушений, торможение синтеза ферментов).

Следует отметить, что важной задачей консервативного лечения острого панкреатита на фоне проведения интенсивной терапии является адекватное обезболивание. Эффективное лечение болевого синдрома имеет значение не только в улучшении общего самочувствия больного, но и в снижении активности симпатoadренальной системы, поскольку болевой синдром рассматривается как один из механизмов центральной стимуляции секреции ПЖ. Поэтому параллельно с использованием эпидуральной анальгезии на уровне Th5-Th9 сегментов применяли анальгоседацию с искусственной вентиляцией легких по показаниям. Адекватная анальгоседация у пациентов с тяжелым острым некротическим панкреатитом — одно из условий эффективной терапии. Она создает психовегетативную защиту пациента как от патологической болевой импульсации из пораженного органа или ткани, так и от последствий интенсивного агрессивного медицинского ухода, необходимого больным, находящимся в реанимации (искусственная вентиляция легких, диагностические пункции, зондирование и др.).

2. Купирование проявлений синдрома системного воспалительного ответа.

3. Раннюю диагностику и профилактику осложнений с последующим адекватным медикаментозным и хирургическим лечением.

В комплексе хирургического пособия пациентам с острым некротическим панкреатитом руководствовались принятым в клинике алгоритмом.

При отсутствии в диагностико-лечебном алгоритме инвазивных методик антибиотикопрофилактику не проводили.

Пункции под контролем ультразвука проводились:

— при наличии жидкостных скоплений в брюшной полости, забрюшинном пространстве, отсутствии в течение 3 суток с момента заболевания эффекта от проводимой интенсивной терапии, стойком парезе кишечника, нарастании эндотоксемии — производили дренирование только брюшной полости;

— сохраняющемся парезе кишечника в течение 4–5 суток с момента заболевания, стойкой полиорганной недостаточности, которая сохранялась, несмотря на проводимое полноценное лечение — производили дренирование брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

Лапароскопические оперативные вмешательства выполнялись в ранней фазе в первые трое суток от момента госпитализации при необходимости верификации диагноза острого панкреатита, и в случае подтверждения больные направлялись на санацию и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства.

Неэффективность проводимых мероприятий в более поздние сроки говорит о «бесперспективности» пациента и вынуждает хирурга к «операции отчаяния» (включая раскрытие всех возможных скоплений агрессивной жидкости и абдоминализацию поджелудочной железы, без удаления некрозов).

Лечение в позднюю фазу: после первой недели и позже.

При отсутствии инфицирования продолжается консервативное лечение.

В эти сроки показанием к дренированию считали наличие признаков инфицирования парапанкреатической клетчатки и тканей поджелудочной железы. Количество и размер устанавливаемых дренажей определялись локализацией, размерами жидкостных скоплений, а также характером полученного экссудата. Замена дренажа на больший по диаметру выполнялась с целью «размывания» формирующихся секвестров и абсцессов, а также в случае отсутствия отделяемого по дренажу при наличии полости. При наличии резидуальных полостей, жидкостных скоплений производили замену дренажей либо дополнительное дренирование.

Показаниями к удалению дренажей, когда дренирующие вмешательства являлись окончательным методом лечения, были: незначительный дебит асептического отделяемого (менее 10 мл/сутки) или его полное отсутствие, ликвидация полости, отсутствие признаков системной воспалительной реакции. При развитии гнойно-септических осложнений дренирующие вмешательства являлись первым этапом лечения, позволяющим отсрочить оперативное вмешательство до момента формирования отграниченных некрозов и секвестров.

Оперативное лечение проводилось после 21-го дня с момента заболевания при подтверждении ин-

фицирования некрозов, выбор вмешательства и его срок определялись индивидуально.

Выполнялись:

- чрескожное дренирование ширококанальными дренажами под контролем методов УЗ;
- ретроперитонеоскопическое дренирование;
- удаление некротической ткани с лапаростомией и программированием санаций;
- удаление некротической ткани с закрытым дренированием и пролонгированным дренажем с наружным дренированием протока ПЖ или без;
- удаление некротической ткани с закрытым дренированием и пролонгированным дренажем с последующей ретроперитонеоскопией.

Антибиотикотерапия проводилась по требованию в зависимости от течения заболевания и выполнения диагностических и лечебных вмешательств.

Показаниями к антибиотикотерапии были:

1. Стойкая органная недостаточность, которая сохраняется более 48 часов, несмотря на проводимое полноценное лечение.
2. Использование в диагностико-лечебном алгоритме инвазивных методик.
3. Оперативное вмешательство по поводу инфицированного панкреонекроза.
4. Наличие достоверных признаков инфицирования (микробиологическое исследование, С-реактивный белок, уровень прокальцитонина).
5. Высокий риск развития либо наличие экстраабдоминальной инфекции (особенно нозокомиальной пневмонии).

Результаты и обсуждение

В исследуемой группе оперативные вмешательства были выполнены у 127 (18,5 %) больных, 41,7 % из них с острым билиарным панкреатитом, у которых в алгоритме лечения преимущество отдавалось мини-инвазивным методам декомпрессии протоковой системы печени и поджелудочной железы. На предоперационном этапе больным с тяжелым острым алиментарным панкреатитом применяли мини-инвазивные вмешательства (УЗ-пункции и дренирование острых скоплений жидкости, лапароскопическое дренирование брюшной полости); в 47,85 %, количество процедур было от 1 до 6. В 43,5 % скопления жидкости или некротические ткани поджелудочной железы были неинфицированными, малоинвазивное лечение стало окончательным методом лечения в 25,7 % этих случаев.

При установлении инфицирования некрозов и полых образований выполняли их чрескожное дренирование, которое в 82,5 % случаев позволило выдержать срок формирования секвестров без прогрессирования синдрома эндогенной интоксикации. Больных, оперированных по поводу инфицированного некротического панкреатита (вне зависимости от этиологии), было 59 (8,6 %).

Представленная диагностическая и лечебная программа с использованием мини-инвазивных технологий в соответствии с патогенезом ОНП позволила снизить количество оперативных вмешательств на 9,8 % (группа сравнения — 28,3 %; исследуемая — 18,5 %), стабилизировать показатели летальности в группе больных с тяжелым острым некротическим панкреатитом в пределах 9,6–11,8 %; сократить длительность пребывания больных в стационаре на 7,1 койко-дня.

Выводы

В лечении острого некротического панкреатита нет золотого стандарта, лечение его должно быть комплексным и индивидуальным. основополагающими моментами являются: учет патогенетических особенностей течения заболевания, фазность его течения, в каждом периоде заболевания — патогенетически обоснованный комплекс лечебных мероприятий.

Список литературы

1. Дронов О.И. Тактика лікування хворих на гострий некротичний панкреатит / Дронов О.І., Ковальска І.О. // *Клінічна хірургія*. — 2008. — № 4 (додаток). — С. 89-90.
2. Дронов О.И. Антибактеріальна профілактика в лікуванні гострого некротичного панкреатиту / Дронов О.І., Ковальска І.О., Насташенко І.Л. [и др.] // *Медичні перспективи*. — 2012. — Том 17, № 1. — С. 112-114.
3. Кондратенко П.Г. Хирургическое лечение острого некротического асептического панкреатита / Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Джансыз И.Н. // *Український журнал хірургії*. — 2010. — № 1. — С. 58-64.
4. Beger H.G. *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy* / Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. — Berlin: Springer, 2008. — 905 p.
5. *The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited* / Bollen T.L., van Santvoort H.C., Besselink M.G. [et al.] // *Br. J. Surg.* — 2008. — Vol. 95, №.1. — P. 6-21.
6. *Interventions for Necrotizing pancreatitis* / M.L. Freeman, J. Werner, C. Hjalmar [et al.] // *Pancreas*. — 2012. — Vol. 41, № 8. — P. 1176-1194.
7. Lankisch P.G. *Conservative therapy of acute pancreatitis* / Lankisch P.G. // *The pancreas: an integrated textbook of basic science, medicine and surgery*. — 2nd ed. — 2008. — P. 273-280.
8. Rau B.M. *Bacterial and fungal infections in necrotizing pancreatitis: pathogenesis, prevention, and treatment* / Rau B.M., Beger H.G. // *The pancreas: an integrated textbook of basic science, medicine and surgery*. — 2nd ed. — 2008. — P. 288-297.
9. *Treatment of necrotizing Pancreatitis* / Van Brunschot S., Bakker O.J., Besselink M.G. // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. — 2012. — № 11. — P. 1190-1201.

Получено 07.07.13 □

Дронов О.І., Ковальська І.О., Уваров В.Ю., Горлач А.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Київський центр хірургії печінки, жовчних проток та підшлункової залози імені В.С. Земскова, м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Мета: визначити значущі ланки в патогенезі гострого некротичного панкреатиту, на яких базується комплекс необхідних лікувальних заходів.

Матеріал та методи. У дослідження включені 1197 хворих на важкий гострий некротичний панкреатит. Із них сформовані 2 групи порівняння: 509 пацієнтів (контрольна група), які проходили лікування з 2003 по 2007 рік, і 688 хворих (досліджувана група) — з 2008 по 2012 рік. Групи були порівнянні за статтю та віком. У досліджуваній групі був застосований розроблений у клініці діагностико-лікувальний алгоритм з урахуванням основних ланок патогенезу гострого некротичного панкреатиту і використанням міні-інвазивних технологій. У кожній фазі захворювання тактика повинна бути різною. У ранній фазі — строго консервативною з застосуванням еферентних методик детоксикації та «обриваючої» терапії, у пізній — активно-вибірковою і при наявності ознак інфікування — активно-хірургічною.

Результати. Представлена діагностична і лікувальна програма з використанням міні-інвазивних технологій у відповідності до патогенезу гострого некротичного панкреатиту дозволила знизити кількість оперативних втручань на 9,8 % (група порівняння — 28,3 %, досліджувана — 18,5 %), стабілізувати показники летальності в групі хворих із важким гострим некротичним панкреатитом у межах 9,6–11,8 %; скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі на 7,1 ліжко-дня.

Висновки. У лікуванні гострого некротичного панкреатиту немає золотого стандарту, воно повинно бути комплексним та індивідуальним. Основоположними моментами є: урахування патогенетичних особливостей перебігу захворювання, фазності його перебігу, у кожному періоді захворювання — патогенетично обґрунтований комплекс лікувальних заходів.

Ключові слова: тяжкий гострий некротичний панкреатит, патогенез, комплексне лікування.

Dronov A.I., Kovalskaya I.A., Uvarov V.Yu., Gorlach A.I.

National Medical University named after A.A. Bogomolets

Kyiv Center of Surgery of the Liver, Bile Ducts and Pancreas named after V.S. Zemskov, Kyiv, Ukraine

FEATURES OF PATHOGENETIC APPROACH TO THE TREATMENT OF ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Summary. Objective: to determine the significant elements in pathogenesis of acute necrotizing pancreatitis, which define the set of necessary medical measures.

Material and Methods. The study involved 1197 patients with severe acute necrotizing pancreatitis. There were formed 2 comparison groups: 509 patients (control group) treated from 2003 to 2007, and 688 patients (experimental group) — from 2008 to 2012. The groups were identical in terms of sex and age. The diagnostic and treatment algorithm in view of acute necrotizing pancreatitis pathogenesis specific features and with the use of minimally invasive technologies were developed in the clinics and applied to the experimental group. The research revealed that different tactics should be applied to the each stage of disease. In the early stage — strictly conservative approach with the usage of efferent detoxification methods and «abortive» therapy, in late — non-invasive, and with the signs of infection — active-surgical.

Results. Suggested diagnostic and therapeutic program with the use of minimally invasive technologies in accordance with acute necrotizing pancreatitis pathogenesis facilitated the reduction in the number of surgical interventions by 9.8 % (control group — 28.3 %; experimental — 18.5 %); mortality indicators stabilization within 9.6–11.8 % in the patients' group with severe acute necrotic pancreatitis; reduction of the hospital stay duration by 7.1 days.

Conclusions. There is no gold standard of acute necrotizing pancreatitis treatment; the treatment should be complex and individual. The fundamental treatment issues are the pathogenetic disease features consideration, the phasing of disease course and providing pathogenetically grounded treatment in every period of the disease.

Key words: severe acute necrotizing pancreatitis, pathogenesis, multimodality treatment.