

Фактори ризику розвитку ускладнень та летального випадку у хворих із гострим небіліарним некротичним панкреатитом

П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, А.П. Кондратенко

i.kopolovets@gmail.com*Донецький національний медичний університет, Краматорськ***Реферат**

Вступ. Лікування пацієнтів з гострим панкреатитом, як і раніше, є однією з найбільш актуальних та складних проблем невідкладної хірургії органів черевної порожнини. Найбільші труднощі представляє лікування ускладнених форм гострого некротичного панкреатиту. Саме у цих хворих простежуються найвищі показники летальності.

Мета дослідження. Встановити фактори ризику розвитку ускладнень і летального випадку у пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 746 пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом.

У 63 пацієнтів основний хірургічний посібник застосовувалась рання лапаротомія (у асептичній фазі запального процесу), у 72 пацієнтів застосовувалась очікувальна тактика – оперативні втручання виконувались при розвитку гнійних ускладнень (основним втручанням була лапаротомія), у 273 пацієнтів з гострим небіліарним інфікованим некротичним панкреатитом застосовувались пункційно-дренуючі операції під контролем ультразвуку і люмботомія, у 338 пацієнтів виконувались аналогічні хірургічні втручання, але з приводу гострого небіліарного асептичного некротичного панкреатиту.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз отриманих даних дозволив виділити ряд факторів ризику розвитку ускладнень та летального випадку при гострому некротичному панкреатиті. До них відносяться: тривалість захворювання, поширеність запального процесу в підшлунковій залозі та в оточуючих клітковинних просторах, залучення в запальний процес позачеревної клітковини, комбінація абсцесу сальникової сумки та флегмони позачеревної клітковини, ферментативний перитоніт; очікувальна тактика, коли оперативні втручання виконуються при розвитку гнійних ускладнень гострого некротичного панкреатиту; рання лапаротомія в асептичній фазі запального процесу.

Висновки. Лікувальна тактика у пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом обов'язково повинна враховувати фактори ризику розвитку ускладнень і летального випадку, а також повинна бути направлена, перш за все, на запобігання гнійних ускладнень.

При виборі способу та обсягу хірургічного втручання перевагу слід віддавати пункційно-дренуючим операціям під контролем ультразвуку та безпосереднім хірургічним втручанням на позачеревній клітковині з міні-доступів (позачеревний доступ) – люмботомії, що визначається локалізацією та характеристикою рідинного колектора.

Ключові слова: гострий небіліарний некротичний панкреатит, фактори ризику розвитку ускладнень та летального випадку

Risk factors of development complications and death in patients with acute non-biliary necrotizing pancreatitis

Konratenko P.G., Konkova M.V., Kondratenko A.P.

*Donetsk National Medical University, Kramatorsk***Abstract**

Introduction. Treatment of patients with acute pancreatitis, still, one of the most actual and complex problems in emergency surgery of the abdominal cavity. The biggest difficulty is the treatment of complicated forms of acute necrotizing pancreatitis. These patients have the highest mortality rates.

The aim of the study. Determine risk factors for development complications and death in patients with acute necrotizing pancreatitis.

Materials and methods. The results of surgical treatment of 746 patients with acute necrotizing pancreatitis were analyzed.

In 63 patients, as the main treatment method was performed early laparotomy (in the aseptic phase of the inflammatory process), expectant tactic were used in 72 patients– surgical interventions were performed in cases of development purulent complications (laparotomy was the main intervention), in 273 patients with acute not biliary infected necrotizing pancreatitis, underwent puncture-drainage operations under ultrasound control and lumbotomy, and in 338 patients similar surgical procedures were performed, but in cases of acute not biliary aseptic necrotizing pancreatitis.

Results and discussion. The analysis of the obtained data made it possible to identify a number of risk factors for the development of complications and death in cases of acute necrotizing pancreatitis. These include: the duration of the disease, the prevalence of the inflammatory process in the pancreas and the surrounding tissue spaces, the involvement of retroperitoneal tissue in the inflammatory process, the combination of abscess of the omentum bag and phlegmon of retroperitoneal tissue, enzymatic peritonitis, expectant tactic, when surgical interventions are performed in the development of purulent complications of acute necrotizing pancreatitis, early laparotomy in the aseptic phase of the inflammatory process.

Conclusions. Treatment tactics in patients with acute necrotizing pancreatitis must necessarily take into account the risk factors for the development of complications and death, and should also be aimed, first of all, on the preventing purulent complications.

When choosing the method and scope of surgical intervention, preference should be given to puncture-drainage operations under ultrasound control and direct surgical interventions on retroperitoneal tissue from mini-accesses (extraperitoneal access) – lumbotomy, which is determined by the localization and characteristics of the fluid collection.

Key words: acute non-biliary necrotizing pancreatitis, risk factors of complications and death

Вступ. Лікування пацієнтів із гострим панкреатитом, як і раніше, є однією з найбільш актуальних і складних проблем невідкладної хірургії органів черевної порожнини. Дана патологія відноситься до числа найбільш частих в абдомінальній хірургії – на частку гострого панкреатиту припадає 5–10% екстреної патології органів черевної порожнини [1,2,6,8]. За частотою виникнення гострий панкреатит посідає друге місце серед всіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, поступаючись лише гострому апендициту.

При цьому поряд зі збільшенням загального числа хворих збільшується кількість важких форм захворювання та ускладнень [3,5,7,9]. Однак, незважаючи на певні успіхи, досягнуті в останні десятиліття в консервативному і оперативному лікуванні, летальність при гострому панкреатиті залишається ще досить високою і становить, за даними різних авторів, від 5 до 74% [2,4,6,9,1,2].

Окрім того, гострий панкреатит має і велике соціальне значення. Справа в тім, що значна частина пацієнтів (до 70%) – це особи у віці до 50 років.

Найбільші труднощі становить лікування ускладнених форм гострого некротичного панкреатиту. Саме у цих хворих відзначаються найбільш високі показники летальності [8–11].

Мета дослідження. Встановити фактори ризику розвитку ускладнень та летального випадку у пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 746 пацієнтів з гострим небіліарним некротическим панкреатитом (ГНБНП). Вік пацієнтів коливався від 18 до 87 років, в т.ч. пацієнти у віці до 50 років становили 82%. Чоловіків було 408 (54,7%), жінок – 338 (45,3%). Тривалість захворювання до 24 год відзначена у 298 (40%) пацієнтів, від 25 до 72 год – у 199 (26,7%), більше 72 годин – для 249 (33,3%).

Причинами гострого некротичного панкреатиту були: одностороннє харчування (надлишковий прийом переважно жирної їжі) – у 446 (59,8%) пацієнтів і прийом алкоголю (алкогольний ексцес) або його сурогатів – у 300 (40,2%).

За даними ультразвукового дослідження, менше 30% некрозу підшлункової залози (дрібновогнищевий некротичний панкреатит) виявлено у 164 (22%) хворих, некроз від 30 до 50% підшлункової залози (великовогнищевий некротичний панкреатит) – у 493 (66,1%), більше 50% некрозу підшлу-

нкової залози (субтотально-тотальний некротичний панкреатит) – у 89 (11,9%).

Верифікація діагнозу здійснювалася на підставі даних ультразвукового дослідження, а також інтраопераційних даних.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз результатів лікування пацієнтів з ГНБНП свідчить про те, що розвиток тих чи інших ускладнень хвороби, а також летальність залежить від ряду факторів.

Тривалість захворювання, тобто час від появи перших ознак захворювання до надходження в хірургічний стаціонар. Встановлено, що у пацієнтів з гострим небіліарним асептичним некротичним панкреатитом (ГНБАНП) при тривалості захворювання до 24 год частота розвитку гнійних ускладнень склала 1,5%, при тривалості захворювання від 24 до 72 год – 3,6%, більше 72 ч – 10,9%. Летальність при тривалості захворювання до 24 год склала 2,2%, при тривалості захворювання від 24 до 72 год – 3,6%, більше 72 г – 4,4%.

У пацієнтів з гострим небіліарним інфікованим некротичним панкреатитом (ГНБІНП) летальність при тривалості захворювання до 72 год склала – 6,5%, а більше 72 год – 19,5%. При цьому, якщо у пацієнтів з ГНБАНП найбільш частою причиною летального результату була поліорганна недостатність в результаті ендотоксичного шоку (80%), то у пацієнтів з ГНБІНП – поліорганна недостатність в результаті сепсису.

Поширеність запального процесу в підшлунковій залозі і навколишній клітковині. Аналіз результатів лікування дозволив встановити, що у пацієнтів з ГНБАНП при некрозі менше 30% паренхіми підшлункової залози черевна клітковина була залучена в запальний процес у 4,7% хворих, при некрозі від 30 до 50% – у 13%, а при некрозі більше 50% – у 57,2%. Гнійні ускладнення при ГНБАНП розвивалися, відповідно 0 у 2,2% і 71,4% пацієнтів, а летальність склала відповідно – 0, 0,7% і 42,6%.

У пацієнтів з ГНБІНП при некрозі менше 30% паренхіми підшлункової залози черевна клітковина була залучена в запальний процес у 23,8% хворих, при некрозі від 30 до 50% – у 31,9%, а при некрозі більше 50% – у 65,6%. Летальність відповідно склала – 4,8%; 8,9% і 40,6%.

Наведені дані свідчать про те, що чим більший об'єм ураження підшлункової залози, тим більш часто в запальний процес втягується заочеревинна клітковина, тим вище летальність і тим частіше розвиваються гнійні ускладнення при асептичному панкреонекрозі.

Залучення в запальний процес заочеревинної клітковини. Якщо при ГНБАНП у пацієнтів з рідинними скупченнями в сальниковій сумці летальність складала 1,2%, то у пацієнтів з рідинними скупченнями в заочеревинній клітковині – 5,6%. Більш показовими є дані, отримані у пацієнтів з ГНБІНП. При абсцесі підшлункової залози і / або сальникової сумки летальність складала – 8,4%, а при флегмоні заочеревинної клітковини – 19%. При цьому найбільш високі показники летальності отримані у пацієнтів з поєднанням абсцесу підшлункової залози і / або сальникової сумки і флегмони заочеревинної клітковини – 45%.

Слід зазначити, що якщо у пацієнтів з ГНБАНП рідинні колектори в сальниковій сумці трапляється у 75,1% хворих, в заочеревинній клітковині – у 17,2%, а їх поєднання лише – 0,6%, то у пацієнтів з ГНБІНП відповідно – у 58,4%, 40,3% і 7,3%.

Ферментативний перитоніт. Аналіз результатів лікування пацієнтів з ферментативним перитонітом дозволив встановити, що ферментативний перитоніт без залучення в запальний процес сальникової сумки і заочеревинної клітковини спостерігався у 81,4% хворих, з залученням в запальний процес сальникової сумки (оментобурсит) – у 14,2%, а з залученням в запальний процес заочеревинної клітковини – у 4,4%. При цьому слід зазначити, що летальні випадки були лише у пацієнтів першої підгрупи (при ферментативному перитоніті без залучення в запальний процес сальникової сумки і заочеревинної клітковини). Летальність в цій підгрупі складала 6,5%. Причиною смерті у всіх хворих з'явився ендотоксичний шок, а тривалість їх перебування в стаціонарі складала від 20 хв. до 2 діб. У всіх померлих відзначено ураження більше 30% паренхіми підшлункової залози. У решти хворих комплексна консервативна терапія дозволила досягти регресу запальних змін як у самій підшлунковій залозі, так і в парапанкреатичній клітковині.

При аналізі поширеності ураження підшлункової залози встановлено, що в даній підгрупі некроз менше 30% підшлункової залози виявлено у 27,3% хворих, від 30 до 50% – у 68,2%, більше 50% – у 4,5%.

У пацієнтів з гострими асептичними парапанкреатичними рідинними скупченнями в сальниковій сумці або в заочеревинній клітковині некроз від 30 до 50% підшлункової залози відзначений у 93,3%, а більше 50% – у 6,7%. При цьому, якщо при ферментативному перитоніті без залучення в запальний процес електронної сумки і заочеревинній клітковині гнійні ускладнення не спостерігались, то у пацієнтів з гострими асептичними парапанкреатичними рідинними скупченнями в сальниковій сумці або в заочеревинній клітковині цей показник склав 14,3%. Частота розвитку гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень в сальниковій сумці і / або в заочеревинній клітковині складала – 18,6%.

Хірургічна тактика (вичікувальна тактика, коли оперативні втручання виконуються при розвитку гнійних ускладнень) при гострому некротичному панкреатиті. Аналіз результатів застосування вичікувальної тактики показав, що летальність при абсцесі підшлункової залози або сальникової сумки, що буває в абсолютній більшості випадків, складала 6,9%, при флегмоні заочеревинної клітковини – 31,6%, а при поєднанні абсцесу і флегмони – 60%. Слід зазначити, що основним методом хірургічного втручання була лапаротомія.

У той же час, при застосуванні пункційно-дренуючих операцій під контролем ультразвуку (ПДО-УЗ) при гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях в сальниковій сумці летальність складала – 1,2%, а частота гнійних ускладнень – 2,9%. При застосуванні ПДО-УЗ, а також лямботомія при гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях в заочеревинній клітковині летальність складала – 5,6%, а частота гнійних ускладнень – 24,1%.

Рання лапаротомія (при ГНБАНП). Наш досвід показує, що летальність після застосування ранньої лапаротомії при ГНБАНП складала 24,6%. На нашу думку, виконання ранніх порожнинних хірургічних втручань з дренованням черевної порожнини і сальникової сумки при ГНБАНП сприяє руйнуванню захисних бар'єрів навколо вогнищ некрозу, швидкому приєднанню інфекції і розвитку сепсису, а також виникнення інших ускладнень (внутрішніх і зовнішніх панкреатичних, шлункових і кишкових норичь, арозивних внутрішньочеревних кровотеч та ін.). Доказом може служити летальність при застосуванні ПДО-УЗ і лямботомія при ГНБАНП, яка складала 2,2%. Частота гнійних ускладнень в цій групі пацієнтів складала – 8%.

Таким чином, аналіз отриманих даних дозволяє виділити ряд факторів ризику розвитку ускладнень і летального результату при гострому некротичному панкреатиті. До них відносяться: тривалість захворювання, поширеність запального процесу в підшлунковій залозі і навколишніх клітковинних просторах, залучення в запальний процес заочеревинної клітковини, поєднання абсцесу сальникової сумки і флегмони заочеревинної клітковини, вичікувальна тактика, коли оперативні втручання виконуються при розвитку гнійних ускладнень гострого некротичного панкреатиту, рання лапаротомія в асептичній фазі запального процесу.

Деяко особно стоїть ферментативний перитоніт. При ньому основною причиною летального результату був ендотоксичний шок та синдром поліорганної недостатності. Однак якщо він не розвинувся, то перебіг хвороби більш сприятливий. Більшість пацієнтів (94,6%), як правило, крім лапароскопічного дреновання черевної порожнини, ніяких інших хірургічних втручань не потребує.

Гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в сальниковій сумці і/або в заочеревин-

ній клітковині спостерігалися у 18,6% пацієнтів і у 14,3% з них розвинулися гнійні ускладнення.

Як відомо, гострий некротичний панкреатит – це динамічно набуваючий розвитку запальний процес, який характеризується двома піками летальності, які чітко відображають, по суті, дві різні стадії (фази) розвитку гострого некротичного панкреатиту.

Перший пік спостерігається в перші 3–5 діб від початку захворювання і, як правило, обумовлений ендотоксичним шоком і синдром поліорганної недостатності частіше в зв'язку з розвитком субтотально-тотального некротичного панкреатиту.

На початковій стадії захворювання запальний процес, як в самій залозі, так і в заочеревинній клітковині має асептичний характер. У цей період (у фазу асептичного запалення) виникають гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в сальниковій сумці і/або заочеревинній клітковині, ферментативний перитоніт, починають формуватися панкреатичні псевдокісти й ін. як відповідна реакція організму на некроз підшлункової залози і заочеревинної клітковини. Таким чином, на даному етапі розвивається гострий асептичний некротичний панкреатит.

Через 10–15 днів від початку захворювання, іноді й раніше, що залежить від обсягу ураження підшлункової залози і поширеності запального процесу в навколишніх тканинах, настає стадія секвестрування і розплавлення некротизованих ділянок підшлункової залози і заочеревинної клітковини. Деякий час секвестри залишаються стерильними. Однак у 40–70% хворих приєднання інфекції призводить до розвитку набагато більш важкого стану – гострого інфікованого некротичного панкреатиту (фаза гнійних ускладнень), провідну роль у виникненні якого грає транслокація ендогенної мікрофлори.

У цей період формуються постнекротичні інфіковані панкреатичні і парапанкреатичні рідинні скупчення в підшлунковій залозі (абсцеси підшлункової залози), сальниковій сумці (абсцеси сальникової сумки) і заочеревинній клітковині (флегмона заочеревинної клітковини). Основною причиною смерті пацієнтів у цей період є – сепсис, що підтверджується нашими даними.

У зв'язку з вищенаведеним, всі лікувальні заходи при гострому некротичному панкреатиті повинні бути спрямовані на попередження розвитку ендотоксичного шоку і поліорганної недостатності, а також гнійних ускладнень. Разом з тим, вплинути на такі чинники ризику, як тривалість захворювання, поширеність запального процесу в підшлунковій залозі і навколишніх клітковинних про-

сторах і залучення в запальний процес заочеревинної клітковини вкрай складно – це, на жаль, не залежить від бажання і можливостей лікаря. Однак хірургічна тактика, а також вибір способу і обсягу оперативного втручання в повній мірі залежать від його професійної підготовки.

У зв'язку з цим при виборі медикаментозного лікування та хірургічної тактики у пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом необхідно враховувати фактори ризику розвитку ускладнень і летального результату. Не слід застосовувати вичікувальну тактику, коли оперативні втручання виконуються при виникненні гнійних ускладнень, ранні порожнинні хірургічні втручання при ГНБАНП, а також порожнинні хірургічні втручання при ГНБІНП за винятком розлитого гнійного перитоніту.

Хірургічна тактика при ГНБАНП повинна бути спрямована на профілактику гнійних ускладнень, перш за все на усунення субстрату для їх розвитку – гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень, а також на раціональне застосування ПДО-УЗ і люмботомії. Ці оперативні втручання доцільно застосовувати і при постнекротичних інфікованих панкреатичних і парапанкреатичних рідинних скупченнях в сальниковій сумці (абсцес підшлункової залози або сальникової сумки, інфікованої гострої псевдокісти) і в заочеревинній клітковині (флегмони заочеревинної клітковини).

Висновки. 1. Факторами ризику розвитку ускладнень і летального результату є: тривалість захворювання, поширеність запального процесу в підшлунковій залозі і навколишніх клітковинних просторах, залучення в запальний процес заочеревинної клітковини, поєднання абсцесу сальникової сумки і флегмони заочеревинної клітковини, ферментативний перитоніт, вичікувальна тактика, коли оперативні втручання виконуються при розвитку гнійних ускладнень гострого некротичного панкреатиту, рання лапаротомія в асептичній фазі запального процесу.

2. Лікувальна тактика у пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом обов'язково повинна враховувати фактори ризику розвитку ускладнень і летального результату, а також повинна бути спрямована, перш за все, на попередження гнійних ускладнень.

3. При виборі способу і обсягу хірургічного втручання перевагу слід віддавати ПДО-УЗ і безпосереднім хірургічним втручанням на заочеревинній клітковині з міні доступів (заочеревинний доступ) – люмботомія, що визначається локалізацією і характеристикою рідинного колектора.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при виконанні наукового дослідження та підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Автори гарантують, що вони не отримували жодних винагород в будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:

Кондратенко П.Г. – розробка концепції і дизайну дослідження, аналіз отриманих даних, редагування;
Конькова М.В. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних, підготовка тексту статті;
Кондратенко А.П. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних, статистична обробка даних.

Список використаної літератури

1. Andriushchenko VP, Lysiuk YuS, Bidiuk DM. Hostryi biliarnyi pankreatyt: obgruntuvannia dyferentsiiovanykh taktychnykh pidkhodiv. Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu. 2011;2(41):14-7. [In Ukrainian].
2. Rusyn VI, Filip SM, Chobei SM. Mozhlyvosti mini-invazyvnykh tekhnolohii pry likuvanni hostroho pankreatytu. Shpytalna khirurhiia. 2012;3:9-11. [In Ukrainian].
3. Syplivyi VO, Robak VI, Yevtushenko DV, Byzov DV, Hrinchenko SV. Khirurhichne likuvannia hostroho nekrotichnoho pankreatytu: kryterii, shcho vyznachaiut rezultat likuvannia. Visnyk Vinnytskoho natsionalnoho medychnoho universytetu. 2014;1(1):136-40. [In Ukrainian].
4. Sheiko VD, Ohanezian AH. Optymizatsiia khirurhichnoi taktyky pry obmezhenykh skupchenniakh ridyny u khvorykh za tiazhkoho hostroho pankreatytu. Klinichna khirurhiia. 2013;12:22-4. [In Ukrainian].
5. Andersson R, Swärd A, Tingstedt B, Åkerberg D. Treatment of acute pancreatitis. Drugs. 2009;69:505-14.
6. Besselink MG, de Bruijn MT, Rutten JP, Boermeester MA, Hofker HS, Gooszen HG. BJS. 2016;93:593-9.
7. Connor S, Ghaneh P, Raraty M, Sutton R, Rosso E, Garvey CJ, et al. Minimally invasive retroperitoneal pancreatic necrosectomy. Dig Surg. 2003;20:270-7.
8. Dambrauskas Ž, Pundzius J, Barauskas G. Predicting development of infected necrosis in acute necrotizing pancreatitis. Medicine (Kaunas). 2006;42(6):441-9.
9. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vegr SS. American college of gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. The American Journal of Gastroenterology. 2013;108:1400-15. DOI: 10.1038/ajg.2013.218
10. Van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, Hofker HS. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. N Engl J Med. 2010;362:1491-502.
11. Werner J, Feuerbach S, Uhl W, Büchler MW. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care. Gut. 2005;54:426-36.
12. Zerem E. Treatment of severe acute pancreatitis and its complications. World J Gastroenterol. 2014;20(38):13879-92.

Стаття надійшла до редакції: 16.11.2017 р.