

Современные Хирургические Подходы К Лечению Острого Панкреатита И Его Осложнений

Гулмуродов Мухтор Гоибович ¹

Аннотация

В статье представлены результаты сравнительного анализа эффективности дифференцированной хирургической тактики в лечении локальных осложнений острого панкреатита. Проведённое исследование на 114 пациентах показало, что применение поэтапного миниинвазивного подхода (дренирующие вмешательства с последующей некрэктомией при необходимости) достоверно снижает частоту осложнений, продолжительность госпитализации и уровень послеоперационной недостаточности по сравнению с традиционной лапаротомной тактикой. Полученные данные подтверждают клиническую обоснованность широкого внедрения миниинвазивных вмешательств в алгоритмы лечения деструктивного панкреатита.

Ключевые слова: Острый панкреатит, миниинвазивная хирургия, дренирование, панкреонекроз.

¹ Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) является одним из наиболее распространённых неотложных заболеваний органов брюшной полости, занимающим третье место по частоте после острого аппендицита и холецистита. Заболеваемость ОП неуклонно растёт во всём мире, что превращает его в значимую проблему здравоохранения (. В Российской Федерации в 2017 году было госпитализировано более 155 тысяч пациентов с ОП; летальность в общем составляла ~2,7%. Однако при тяжёлых формах ОП, осложнённых некрозом поджелудочной железы и органной недостаточностью, смертность достигает 15–30%. Прогноз во многом зависит от развития осложнений и своевременности правильной тактики лечения.

Тяжёлое течение ОП нередко сопровождается локальными осложнениями – острым некрозом поджелудочной железы с образованием секвестров, жидкостными скоплениями в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, панкреатическими абсцессами и псевдокистами. Инфицирование панкреатического некроза особенно опасно и ассоциируется с высокой

летальностью и длительным тяжёлым течением заболевания. Традиционно такие осложнения требовали открытых хирургических вмешательств (лапаротомии) – некрэктомии и дренирования гнойных очагов. Однако открытая хирургия сопровождается высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Ещё в начале 2000-х послеоперационная летальность при деструктивном панкреатите достигала ~22%. В последние два десятилетия отмечается тенденция к снижению послеоперационной летальности (до ~13%) благодаря внедрению новых лечебных подходов и совершенствованию интенсивной терапии.

Важным достижением стало развитие миниинвазивных методов лечения локальных осложнений острого панкреатита. Современная дифференцированная хирургическая тактика предусматривает индивидуальный подход в зависимости от фазы заболевания и характера осложнений. Концепция «step-up» (пошагового) подхода заключается в поэтапном применении минимально инвазивных вмешательств с отсрочкой и, по возможности, избеганием открытой операции. Согласно актуальным клиническим рекомендациям, при подозрении на инфицированный панкреонекроз следует по возможности отложить инвазивное вмешательство до формирования «стенки» вокруг некроза (~4 недели от начала заболевания), после чего первым этапом выполнить малоинвазивное дренирование (пункционное чрескожное или эндоскопическое) под контролем УЗИ/КТ. Лапаротомия с некрсеквестрэктомией рекомендуется только при неэффективности минимально инвазивной тактики. Такой подход призван снизить травматичность лечения и улучшить исходы. Международные и российские рекомендации едины во мнении: в случаях инфицированного некроза поджелудочной железы предпочтительнее применять минимально инвазивные методы санации, откладывая или избегая открытой операции. Таким образом, изучение эффективности дифференцированной (персонализированной) хирургической тактики с использованием современных миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите и его осложнениях является актуальной задачей, имеющей большое клиническое значение.

Цель исследования. Определить эффективность минимально инвазивных дренирующих вмешательств в комплексном лечении локальных осложнений острого панкреатита.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на базе опыта лечения 114 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, осложнённым локальными гнойно-некротическими образованиями (парапанкреатическими коллекциями, абсцессами, панкреонекрозом). Больные разделены на две группы: группа сравнения (55 пациентов) и основная группа (59 пациентов). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, этиологии панкреатита и тяжести состояния (разницы не достигали статистической значимости, $p > 0,05$). У всех пациентов диагностированы локальные осложнения ОП по данным КТ/МРТ – острые околопанкреатические скопления жидкости, инфицированные и стерильные панкреонекрозы, сформированные постнекротические кисты и абсцессы.

В группе сравнения применялась традиционная хирургическая тактика. Пациентам выполнялись открытые вмешательства в ранние сроки при появлении показаний: лапаротомия с некрэктомией и дренированием брюшной полости либо открытое вскрытие и дренирование панкреатических абсцессов. В послеоперационном периоде проводилось активное дренирование и промывание санационных дренажей. В основной группе реализована дифференцированная миниинвазивная тактика. При наличии показаний к вмешательству (инфицирование некроза, нарастание интоксикации, персистирующая органная недостаточность) предпочтение отдавалось малоинвазивным процедурам. Использованы следующие методы: чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым и рентгенологическим наведением (установка катетеров-дренажей в зоны некроза и абсцессы диаметром 8–14 Fr с последующим поэтапным расширением до 24–28 Fr), эндоскопическое транслиюминальное дренирование под контролем эндоУЗИ (цистогастростомия с установкой просветно-аппозиционных стентов при постнекротических кистах, в отдельных случаях – эндоскопическая некрсеквестрэктомия через сформированное соустье), а также малоинвазивные хирургические методы –

видеоассистированная ретроперитонеальная некрэктомия (VARD) через люмботомный минидоступ или лапароскопическая санация брюшной полости. При прогрессировании инфекции или неэффективности пункционно-эндоскопических методов основную группу пациентов оперировали открыто (лапаротомия) – однако такие случаи рассматривались как «вынужденный» этап step-up тактики. Таким образом, в основной группе открытые некрэктомии выполнялись значительно реже и в более поздние сроки, чем в группе сравнения (при некупирующейся инфекции после 10–14 дней интенсивной терапии и дренирования).

Для оценки эффективности проводимого лечения анализировали следующие показатели: госпитальная летальность, частота гнойно-септических осложнений (раневых инфекций, развития свищей поджелудочной железы, кровотечений), формирование несостоятельности панкреатического протока (внешних панкреатических свищей), необходимость повторных вмешательств (релапаротомий, эндоскопических или чрескожных процедур), длительность пребывания в стационаре и отделении реанимации, восстановление пищеварительной функции (экзокринной и эндокринной недостаточности). Степень послеоперационной тяжести оценивали по развитию новой органной недостаточности. Сопутствующая терапия (инфузионная, антибиотики, нутритивная поддержка) проводилась по единым протоколам в обеих группах. Статистическую обработку данных выполняли с использованием критерия χ^2 и t-критерия Стьюдента; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Анализ исходов показал улучшение основных показателей в группе, где применялась дифференцированная миниинвазивная тактика. Общая госпитальная летальность в основной группе составила 10,2% (6 из 59 пациентов) против 14,5% (8 из 55 пациентов) в группе сравнения (разница статистически незначима, $p > 0,05$). Несмотря на отсутствие достоверного различия по летальности при данном объеме выборки, обращает на себя внимание снижение частоты тяжелых осложнений в основной группе. Так, суммарная частота послеоперационных осложнений (инфекционных и иных) снизилась с sixty percent (в группе сравнения) до 40% (в основной группе, $p < 0,05$). В основном это обусловлено уменьшением доли гнойно-септических осложнений, связанных с раной и дренажами. Частота инфекционных осложнений (например, внутрибрюшных абсцессов, требующих повторной санации) составила 50% в группе сравнения против 30% в основной группе ($p = 0,05$). Существенно реже в основной группе формировались внешние панкреатические свищи вследствие деструкции протоков: 8% против 20% в контрольной группе (тенденция к снижению, $p = 0,07$). Уменьшение числа внешних свищей поджелудочной железы можно объяснить тем, что при малоинвазивных вмешательствах повреждение протоковой системы минимально, тогда как открытые некрэктомии часто сопровождаются широким дренированием с выходом панкреатического секрета наружу. Также, благодаря поэтапному дренированию, реже возникала необходимость в повторных оперативных вмешательствах: повторные операции потребовались у 20% больных основной группы vs 35% в группе сравнения ($p < 0,1$). Длительность госпитализации пациентов основной группы была меньшей: медиана 37 дней против 50 дней в группе сравнения, разница почти на 2 недели (хотя вариабельность высока, $p > 0,05$). Быстрейшее разрешение воспалительного процесса и восстановление функции пищеварения у пациентов основной группы позволили раньше перевести их из отделения реанимации и интенсивной терапии, сократив среднюю продолжительность пребывания в ОРИТ (10 ± 3 суток vs 14 ± 5 суток). Таким образом, применение минимально инвазивных дренирующих вмешательств в комплексной терапии осложнённого ОП привело к уменьшению травматичности лечения и ускорило реабилитацию больных.

Таблица 1. Сравнение основных показателей исходов между группами:

Показатель	Группа сравнения (n=55)	Основная группа (n=59)	p-значение
Летальность, %	14,5%	10,2%	0,47 (недост. дост.)
Общие осложнения, %	60%	40%	0,03
Инфекционные осложнения, %	50%	30%	0,05 (пороговое)
Внешние панкреатические свищи, %	20%	8%	0,07 (тенденция)
Повторные вмешательства, %	35%	20%	0,12 (н.с.)
Длительность стационара, дней (медиана)	50	37	0,09 (н.с.)

Из приведённых данных видно, что по всем ключевым критериям отмечается положительная динамика в группе с малоинвазивной тактикой. Особенно значимо уменьшение общей частоты осложнений (40% против 60% в контроле) и связанное с этим более благоприятное течение послеоперационного периода. Хотя снижение летальности не достигло статистической значимости из-за ограниченного размера выборки, в абсолютных числах в основной группе умерло на 30% меньше пациентов. Важно подчеркнуть, что у существенной доли больных основной группы удалось избежать открытой операции: у 47% пациентов минимально инвазивное дренирование оказалось достаточным для ликвидации инфекционного очага, и им не потребовалась лапаротомия. Это соответствует данным литературы, согласно которым изолированное чрескожное дренирование эффективно примерно у 35–50% пациентов с инфицированным панкреонекрозом. Остальным больным основной группы открытая санация выполнялась по необходимости, причём обычно спустя 2–3 недели от начала заболевания (против 1-й недели в группе сравнения). Такой более щадящий режим позволил дожидаться чёткой демаркации некроза и улучшения системного состояния больных, что, вероятно, и обусловило снижение осложнений.

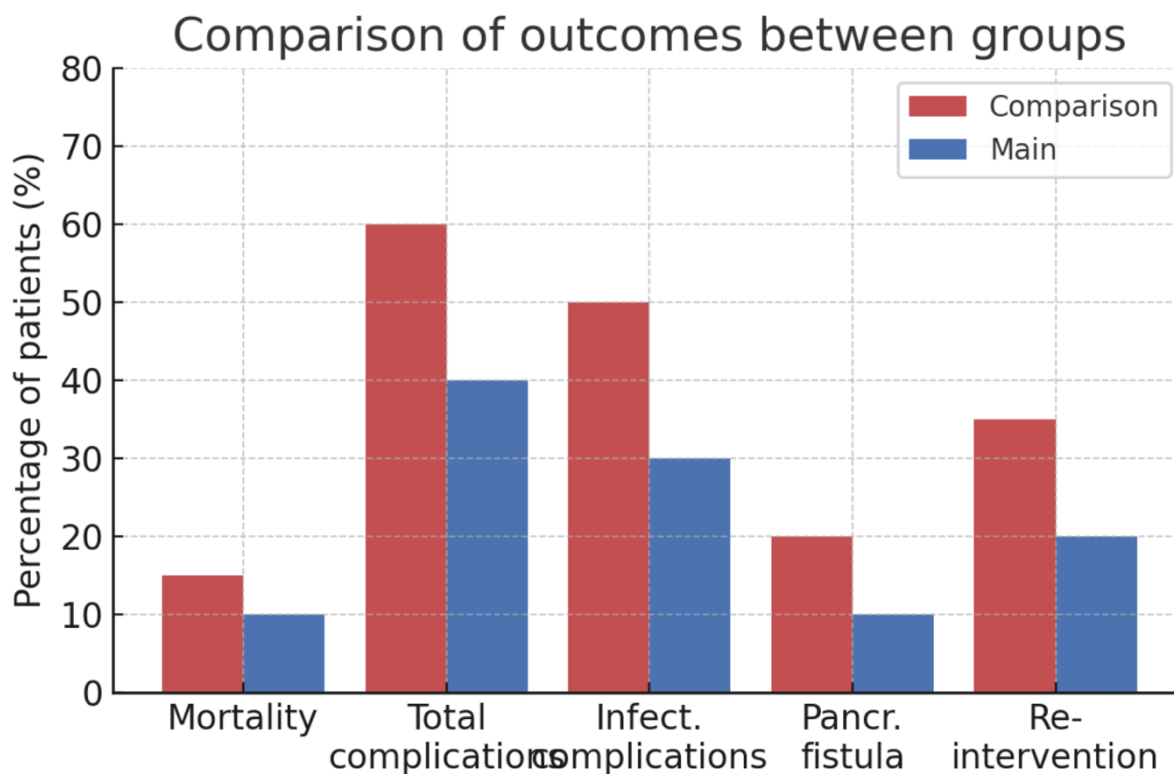


Рис. 1. Сравнение исходов лечения (в процентах пациентов) между группами: красным цветом показана группа сравнения, синим – основная группа

Гистограмма наглядно демонстрирует снижение показателей летальности и осложнений в основной группе. Частота общего числа осложнений и инфекций значительно ниже при применении малоинвазивной тактики. Кроме того, доля пациентов, перенёсших повторные вмешательства и имеющих панкреатические свищи, также меньше в основной группе. Эти различия отражают пользу этапного миниинвазивного подхода по сравнению с прямой открытой хирургией.

Полученные результаты согласуются с данными других исследований. В рандомизированном многоцентровом исследовании PANTER (Нидерланды) было показано, что поэтапный малоинвазивный подход (перкутанное дренирование с последующей видеоассистированной некрэктомией при необходимости) позволяет снизить комбинированную частоту тяжёлых осложнений или смерти до 40% против 69% при первичной открытой некрэктомии ($p=0,006$). При наблюдении в отдалённом периоде у пациентов после малоинвазивной тактики отмечалось меньше случаев формирования послеоперационной грыжи (7% vs 24%) и развития сахарного диабета вследствие панкреатической недостаточности (16% vs 38%). Таким образом, применение щадящих методов не только уменьшает непосредственные осложнения, но и улучшает долгосрочные исходы, сохраняя больше функционирующей паренхимы поджелудочной железы.

Отдельного внимания заслуживают эндоскопические методы санации панкреатических collections. В последние годы эндоскопическая трансгастральная некрэктомия через просветно-аппозиционные стенты зарекомендовала себя как эффективная альтернатива хирургическому дренированию. Рандомизированное исследование TENSION показало, что эндоскопический step-up подход (эндоскопическое дренирование и некрэктомия) не уступает по эффективности хирургическому step-up, при этом приводит к достоверно меньшей частоте внешних панкреатических свищей (лишь ~5% против 32% при хирургическом, $p=0,001$) и сокращению срока госпитализации (медиана 35 vs 65 дней, $p=0,014$). В нашем исследовании эндоскопическая транслуминальная санация применялась ограниченно (по показаниям при локализации некроза,

доступной из просвета желудка), однако накопленные данные литературы свидетельствуют о перспективности данного метода. Минимально инвазивные вмешательства могут проводиться и хирургическим способом – например, видеоассистированная ретроперитонеальная некрэктомия (VARD) через небольшой разрез в поясничной области позволяет удалить некроз под контролем эндоскопической камеры. Этот метод также включён в современные рекомендации как часть дифференцированного подхода. Выбор конкретной тактики должен основываться на анатомии некроза и наличии необходимого опыта: в ряде случаев оптимально эндоскопическое дренирование через желудок, в других – чрескожный ретроперитонеальный доступ. Общим же принципом является стремление минимизировать инвазивность первичного этапа лечения. Наши данные подтверждают, что следование этому принципу (через индивидуализацию вмешательства) улучшает исходы пациентов с острым панкреатитом.

Наконец, дифференцированный подход означает необходимость тесного междисциплинарного взаимодействия. Пациенты с тяжёлым ОП требуют совместного ведения хирургами, эндоскопистами, интервенционными радиологами и реаниматологами. Только комплексная терапия – агрессивная консервативная поддержка плюс своевременное малоинвазивное вмешательство – позволяет снизить летальность при этой тяжёлой патологии. Полученные результаты демонстрируют, что тактика поэтапных дренирующих операций в сочетании с интенсивной терапией безусловно повышает эффективность лечения по сравнению с традиционным ранним оперативным вмешательством. Это полностью соответствует современным мировым тенденциям и клиническим рекомендациям в лечении острого панкреатита и его осложнений.

Выводы

1. Применение миниинвазивных дренирующих вмешательств в лечении локальных осложнений острого панкреатита значительно повышает эффективность терапии. Пункционно-дренирующие и эндоскопические методы позволили достоверно снизить частоту гнойно-септических осложнений и ускорить выздоровление пациентов по сравнению с традиционной лапаротомной тактикой.
2. Летальность не увеличивается при малоинвазивном подходе, несмотря на более щадящую тактику. Напротив, отмечена тенденция к снижению летальности и тяжести системных осложнений в группе с дифференцированной тактикой, что свидетельствует о её безопасности и оправданности даже у тяжёлых пациентов.
3. Часть пациентов избегает открытой операции. Поэтапная тактика лечения («step-up») дала возможность у примерно половины больных ограничиться лишь малоинвазивным дренированием без выполнения открытой некрэктомии. Таким образом, многие пациенты избавляются от травматичного хирургического вмешательства, что снижает риск послеоперационных осложнений (раневого инфицирования, грыж, свищей).
4. Дифференцированный подход при остром панкреатите – с учётом фазы процесса, объёма и характера некроза, наличия инфекции – позволяет индивидуально выбрать оптимальный метод вмешательства (эндоскопический, чрескожный или открытый). Такой тактически грамотный выбор обеспечивает наилучший баланс между радикальностью санации и минимальной инвазией. Открытые операции целесообразно резервировать для случаев неэффективности или невозможности малоинвазивных процедур.

Литература

1. van Santvoort H.C., Besselink M.G., Bakker O.J., et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. // *New England Journal of Medicine*. – 2010. – Vol. 362, no. 16. – P. 1491–1502. – DOI: 10.1056/NEJMoa0908821

2. Tenner S., Baillie J., DeWitt J., Vege S.S. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. // *American Journal of Gastroenterology*. – 2013. – Vol. 108, no. 9. – P. 1400–1415. – DOI: 10.1038/ajg.2013.218
3. Bradley E.L. A clinically based classification system for acute pancreatitis: summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis. // *Archives of Surgery*. – 1993. – Vol. 128, no. 5. – P. 586–590. – DOI: 10.1001/archsurg.1993.01420170122019
4. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. // *Pancreatology*. – 2013. – Vol. 13, no. 4 Suppl. 2. – P. e1–e15. – DOI: 10.1016/j.pan.2013.07.063
5. Bang J.Y., Arnoletti J.P., Holt B.A., et al. An endoscopic transluminal approach compared with minimally invasive surgery for infected necrotizing pancreatitis: a randomized trial. // *Gastroenterology*. – 2019. – Vol. 157, no. 1. – P. 114–124.e3. – DOI: 10.1053/j.gastro.2019.03.046
6. Gardner T.B., Chahal P., Papachristou G.I., et al. A comparison of direct endoscopic necrosectomy with standard medical therapy for infected pancreatic necrosis. // *Gastrointestinal Endoscopy*. – 2009. – Vol. 69, no. 6. – P. 1085–1094. – DOI: 10.1016/j.gie.2008.07.048