

DOI: <http://doi.org/10.30978/SU2019-3-60>

УДК 616.379-002.4-053.9-089.819

К. Ю. Пархоменко<sup>1</sup>, А. Г. Дроздова<sup>2</sup>, М. В. Супличенко<sup>1</sup><sup>1</sup> Областная клиническая больница, Харьков<sup>2</sup> Харьковский национальный медицинский университет

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА У ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Одной из основных проблем лечения панкреонекроза является выбор рациональной хирургической тактики. Широкое использование малоинвазивных технологий в комплексном лечении острого панкреатита существенно снизило летальность даже при его инфицированных формах. Не вызывает сомнений влияние на тяжесть состояния пациента и течение острого панкреатита преморбидного фона. Особую группу составляют лица пожилого и старческого возраста, у которых тяжесть сопутствующих заболеваний не уступает тяжести основной патологии. Описан случай хирургического лечения острого инфицированного панкреонекроза у пациента пожилого возраста. В схеме лечения использовали исключительно малоинвазивные технологии. Пациент был госпитализирован в хирургическое отделение Харьковской областной клинической больницы с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, тошноту, рвоту, общую слабость, недомогание в течение двух дней. После клинико-инструментального обследования установлен диагноз «острый панкреонекроз». Выявлена сопутствующая патология: гипертоническая болезнь, III стадия, 2-я степень, ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия напряжения II функционального класса, диффузный кардиосклероз, атеросклероз аорты, сердечная недостаточность, IIБ стадия, дисциркуляторная гипертонико-атеросклеротическая энцефалопатия, II стадия, с ликворо-венозной дистензией, хронический двусторонний пиелонефрит, жировой гепатоз, хронический гастродуоденит, деформирующий гонартроз II степени. С учетом возраста и полиморбидности в течение 4 ч пациенту проводили консервативную терапию. Из-за отсутствия положительной динамики и прогрессирования картины острого панкреонекроза с явлениями ферментативного перитонита было принято решение о проведении оперативного вмешательства, которое носило характер малоинвазивного, что, на наш взгляд, повлияло на успех лечения. Использование малоинвазивных технологий при лечении панкреонекроза в этой возрастной группе считаем перспективным направлением.

■

**Ключевые слова:** панкреонекроз, пожилой возраст, полиморбидность, малоинвазивные технологии.

Согласно данным ВОЗ острый панкреатит (ОП) является одним из наиболее распространенных заболеваний, требующих неотложной госпитализации. Ежегодная заболеваемость — 13—45 случаев на 100 тыс. населения. По темпам роста заболеваемости ОП опережает неотложные заболевания органов брюшной полости (ОБП) [1, 2]. В 40—70 % случаев тяжелого ОП развивается инфицированный панкреонекроз, который у пациентов с продолжающейся органной недостаточностью ассоциируется с высокой летальностью (36—50 %) [2, 5].

Одной из основных проблем лечения панкреонекроза, особенно его инфицированных форм, является выбор рациональной хирургической тактики. Тактика лечения некротического ОП варьирует от активной хирургической до выжидательной консервативной [3].

По данным литературы, в последние годы в комплексном лечении ОП чаще используют малоинвазивные технологии (МТ). В некоторых клиниках применение дренирования при лечении острого панкреонекроза способствовало снижению летальности при его инфицированных фор-

Дроздова Анастасія Геннадіївна, аспірант кафедри хірургії № 2  
E-mail: [anasteisha.06@gmail.com](mailto:anasteisha.06@gmail.com)

© К. Ю. Пархоменко, А. Г. Дроздова, М. В. Супличенко, 2019

мах до 15,4 %. Однак тяжкість стану пацієнта часто не дозволяє провести навіть малоінвазивне втручання [4, 5].

Не викликає сумніву вплив на тяжкість стану пацієнта і перебіг ОП преморбидного фону. Особливу групу складають особи похилого і стареческого віку, у яких тяжкість супутніх захворювань не поступає тяжкості основної патології.

#### *КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ*

Пацієнт А. (чоловік), 69 років, госпіталізований в хірургічне відділення Харківської обласної клінічної лікарні в екстреному порядку 14.08.2018 г. з скаргами на виражені болю в верхніх відділах живота опоясуючого характеру з іррадіацією в спину, тошноту, блювоту, загальну слабкість, недомогання. Скарги відзначав протягом двох днів після помилки в дієті. Родственники пацієнта відзначили, що протягом життя він зловживав алкогольними напоями, хоча протягом останнього року самостійно відмовився від шкідливої звички.

При госпіталізації загальний стан пацієнта середньої тяжкості, ближче до важкого. Свідомість ясна. Кожні покриття і видимі слизові чисті, звичайного забарвлення. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Температура тіла — 37,5 °С. Частота серцевих скорочень — 90/хв. Артеріальний тиск — 150/90 мм рт. ст. Дихання через ніс вільне, аускультативно над легкими вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритмічні. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт збільшений, при пальпації напружений, різко болючий в верхніх відділах, проекції підшлункової залози, де пальпується інфільтрат без чітких меж. Симптом Щеткина слабкопозитивний. При аускультативному дослідженні перистальтичних хвиль кілька ослаблена, шум плеска не визначається. Печіночна тупість збережена, притуплення по фланкам визначається. Грыжевих випячивань немає. Пояснична область при пальпації безболісна. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. При ректальному дослідженні відзначається навісання стінок прямої кишки, тонус сфинктера збережений, на перчатке — сліди калу звичайного забарвлення.

План обстеження передбачав проведення загальноклінічних досліджень крові і сечі, біохімічного аналізу крові, аналізу згортливої системи крові, а також рентгенографії органів грудної клітки (ОГК) і брюшної порожнини (ОБП), ультразвукового дослідження (УЗИ) ОБП і езофагогастродуоденоскопії.

Результати лабораторних досліджень: еритроцити —  $3,76 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін — 125 г/л, лейкоцити —  $10,3 \cdot 10^9$ /л, гранулоцити — 72,0 %, лімфоци-

ти — 14,2 %, моноцити — 3,5 %. Глюкоза крові — 4,0 ммоль/л, амілаза крові — 108,5 Ед/л, мочевина — 2,9 ммоль/л, креатинін — 61,1 мкмоль/л, загальний білок — 48,2 г/л, загальний білірубін — 13,6 мкмоль/л, МНО — 1,47, протромбін по Квіку — 59,8 %, фібриноген плазми — 6,7 г/л.

Рентгенографія ОГК: легкі без видимих очагових і інфільтративних змін, синуси вільні, серце наближається до аортальної конфігурації.

Рентгенографія ОБП: патологічні образи з боку органів брюшної порожнини не визначаються, ознак кишечної непрохідності (чаш Клойбера) і вільного газу немає.

УЗИ ОБП: гепатомегалія, ознаки хронічної дифузної патології паренхіми печінки, гострого деструктивного панкреатиту (підшлункова залоза (ПЗ) збільшена: головка — 50 мм, тіло — 43 мм, хвіст — 50 мм, структура паренхіми неоднорідна, гіпоехогенна, в області тіла-хвоста — ознаки напруженого жидкостного скоплення розміром 136 × 55 мм без чіткої капсули, околопанкреатична клітка інфільтрована, між лівими долями печінки і ПЗ — багаточисельні обмежені жидкостні затіки без чіткої капсули, в брюшній порожнині велика кількість вільної рідини).

Езофагогастродуоденоскопія: ознаки еритиматозної гастропатії, застоювальної дуоденопатії, дуодено-гастрального рефлюкса.

Консультації спеціалістів: гіпертонічна хвороба, ІІІ стадія, 2-я ступінь, ішемічна хвороба серця: стабільна стенокардія напруження ІІ функціонального класу, дифузний кардіосклероз, атеросклероз аорти, серцева недостатність, ІІБ стадія, дисциркуляторна гіпертоніко-атеросклеротична енцефалопатія, ІІ стадія, с лікворо-венною дистензією, хронічний двосторонній пієлонефрит, жировий гепатоз, хронічний гастродуоденіт, деформуючий гонартроз ІІ ступеня.

Впродовж 4 ч пацієнту проводили консервативну терапію: «Октра» — 0,1 мг підшкірно, «Проксиум» — 40 мг внутрішньовенно (в/в), метоклопрамід — 2 мл в/в, левофлоксацин — 500 мг в/в крапельно, «Ренальган» — 5 мл + 0,9 % NaCl — 800 мл в/в крапельно, «Но-шпа» — 4 мл в/в, розчин Рінгера — 800 мл в/в крапельно, «Гордокс» — 100 тис. Ед. + 0,9 % NaCl — 200 мл в/в крапельно. Через відсутність позитивної динаміки і прогресування картини гострого панкреонекрозу з явищами ферментативного перитоніту прийнято рішення про проведення оперативного втручання в екстреному порядку.

14.08.2018 г. пацієнт був прооперований (відеолапароскопія, санація і сквозне дренирування сальникової сумки, дренирування брюшної порожнини з трьох точок). Рівень амілази випота з брюшної порожнини (взяв інтраопера-

ционно) — 14602,3 Ед/л. Диагноз после операции — острый инфицированный панкреонекроз, острые напряженные жидкостные скопления парапанкреатической клетчатки, общий ферментативный перитонит.

Послеоперационный период протекал тяжело с развитием полиорганной недостаточности, энцефалопатии, в связи с чем в течение 7 суток (до 21.08.2018 г.) лечение проводили в отделении интенсивной терапии. Пациент получал консервативную терапию: левофлоксацин — 500 мг 2 раза в сутки в/в капельно, «Тиенам» — 0,5 мг + 0,9% NaCl — 100 мл 4 раза в сутки в/в капельно, «Октра» — 0,1 мг 3 раза в сутки подкожно, «Проксиум» — 40 мг в/в, «Гордокс» — по 100 тыс. ЕД + 0,9% NaCl — 200 мл 2 раза в сутки в/в капельно, «Аминол» — 400 мл в/в капельно 1 раз в сутки (через день), метоклопрамид — 2,0 2 раза в сутки, раствор Рингера — 400 мл 2 раза в сутки в/в капельно, глюкоза 5% — 400 мл + KCl 7,5% — 15 мл + инсулин — 6 ЕД, «Кейвер» — 2 мл до 4 раз в сутки внутримышечно, дротаверин — 2 мл 2 раза в сутки в/в, «Дуфалак» — по 20 мл *per os* 2 раза в сутки. Антибактериальный компонент терапии подбирали с учетом чувствительности выделенных культур. Проводили физиотерапевтические процедуры (ингаляции с раствором «Декасан», дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки), перевязки. На 7-е послеоперационные сутки (пациент переведен из отделения интенсивной терапии в хирургическое) по дренажам суммарно до 400 мл отделяемого за сутки, наибольшее количество — по дренажу из сальниковой сумки, откуда также поступал детрит. На 10-е сутки у пациента остались 2 дренажа, осуществляющие сквозное дренирование сальниковой сумки, по которым выделялось до 150 мл отделяемого с детритом за сутки. Ежедневно выполняли туалет ран, а также санацию дренажей раствором «Декасан». Отмечена положительная динамика в состоянии пациента: гипертермия, боли в животе и диспептические явления отсутствуют.

В связи с отсутствием возможности для проведения повторного оперативного вмешательства в условиях полиморбидности принято решение о выписке пациента на 17-е сутки после операции для амбулаторного наблюдения с осуществлением регулярной санации сформированного сквозного раневого канала. На момент выписки температура тела — 36,6 °С, тошноты, рвоты, боли в животе нет. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Частота сердечных сокращений — 82/мин. Артериальное давление — 140/90 мм рт.ст. Дыхание через нос свободное, аускультативно над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Язык влажный. Живот мягкий, не вздут, принимает участие

в акте дыхания, при пальпации незначительно болезненный в области дренажных ран (правое и левое подреберье), перитонеальные симптомы отрицательные, при аускультации перистальтика выслушивается, шум плеска не определяется, печеночная тупость сохранена. Поясничная область при пальпации безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При ректальном исследовании стенки прямой кишки безболезненные, эластичные, патологических выпячиваний нет, тонус сфинктера сохранен, на перчатке — следы кала обычной окраски. Удалены дренажи, осуществляющие сквозное дренирование сальниковой сумки. Сформировались два сквозных дренажных канала, которые сообщаются между собой. Из обоих отверстий продолжает поступать мутное отделяемое с детритом (суммарно до 150 мл/сут), к обеим отверстиям фиксированы приемники.

После выписки пациент принимал «Омез» — по 20 мг 2 раза в сутки в течение 1 мес, затем «Креон 10000» — по 1 капсуле 3 раза в сутки во время еды. Три раза в неделю выполняли санацию раневого канала раствором «Декасан».

Возраст пациента, а также сопутствующая соматическая патология повлияли на тактику его дальнейшего ведения.

Через 2 мес после операции при осмотре пациент жалоб не предъявлял. Раневые каналы сообщались между собой, но отделяемое было прозрачным и его количество уменьшилось до 50 мл/сут суммарно. При контрольном УЗИ ОБП ПЖ визуализировалась фрагментарно, на осмотренных участках паренхима неоднородна, гиперэхогенна, парапанкреатическая клетчатка инфильтрирована, свободной жидкости в брюшной полости нет. Продолжали амбулаторное наблюдение.

26.10.2018 г. (через 2,5 мес после операции) при осмотре пациент жалоб не предъявлял, отделяемого из ран не было. При контрольном УЗИ ОБП ПЖ визуализировалась фрагментарно, на осмотренных участках паренхима неоднородна, гиперэхогенна, инфильтрации парапанкреатической клетчатки нет, свободной жидкости в брюшной полости нет, признаков жидкостных скоплений в проекции ПЖ нет. При проведении мультиспиральной компьютерной томографии ОБП признаков наличия каких-либо жидкостных образований в проекции ПЖ не выявлено.

Весь период наблюдения проводили контроль уровня гликемии. 26.10.2018 г. глюкоза в крови — 6,5 ммоль/л (в течение суток колебание уровня глюкозы от 5,2 до 6,6 ммоль/л).

Данный клинический пример иллюстрирует внедрение в хирургическую клинику тактики «step-up approach» в комплексном лечении острого панкреонекроза, а также подтверждает целесообразность использования МТ в комплексном лечении ОП, особенно при лечении пациентов

пожилого и старческого возраста, которые, как правило, имеют сопутствующие заболевания, что значительно осложняет лечение. Незначительная клиническая симптоматика у пациентов пожилого возраста в условиях полиморбидности значительно затрудняет своевременное установление диагноза. Панкреонекроз у пациента пожилого возраста имеет особенности и поэтому требует

особого подхода. Поскольку оперативные вмешательства через лапаротомный доступ при панкреонекрозе в старшей возрастной группе сопровождаются высоким уровнем послеоперационной летальности (по данным авторов, до 70%), по нашему мнению, применение МТ при лечении панкреонекроза в этой возрастной группе является перспективным направлением.

*Конфликта интересов нет.*

*Участие авторов: концепция и дизайн исследования — К. П., А. Д.;*

*сбор и обработка материала — А. Д., М. С.;*

*написание текста — А. Д.; редактирование — К. П.*

## Литература

- Каприн И. А., Эльдарова Э. Э., Глабай В. П. Хирургическое лечение и осложнения операций при остром панкреатите тяжелого течения // Исследования и практика в медицине. — 2018. — № 5 (4). — С. 72—81. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-4-7.
- Сусак Я. М., Ткаченко О. А., Сквівка Л. М. та ін. Лікування хворих на гострий некротичний панкреатит/парапанкреатит // Хірургія України. — 2015. — № 2. — С. 42—46.
- Хомяк І. В., Ротар О. В., Назарчук М. Ф. та ін. Особливості сучасного медикаментозного забезпечення в етапному (step-up approach) хірургічному лікуванні гострого некротичного панкреатиту // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. — 2017. — № 4 (16). — С. 66—70. DOI: 10.24061/1727-0847.16.4.2017.101.
- Darrivere L., Lapidus N., Colignon N. et al. Minimally invasive drainage in critically ill patients with severe necrotizing pancreatitis is associated with better outcomes: an observational study // Crit Care. — 2018. — Vol. 22. — P. 321.
- Xiao A. Y., Tan M. L. Y., Wu L. M. et al. Global incidence and mortality of pancreatic diseases: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of population-based cohort studies // The Lancet Gastroenterol Hepatol. — 2016. — N 1 (1). — P. 45—55 [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(16\)30004-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30004-8).

**К. Ю. Пархоменко<sup>1</sup>, А. Г. Дроздова<sup>2</sup>, М. В. Супліченко<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Обласна клінічна лікарня, Харків

<sup>2</sup>Харківський національний медичний університет

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФІКОВАНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ У ПАЦІЄНТА ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Однією з основних проблем лікування панкреонекрозу є вибір раціональної хірургічної тактики. Широке використання малоінвазивних технологій у комплексному лікуванні гострого панкреатиту істотно знизило летальність навіть у разі його інфікованих форм. Не викликає сумнівів вплив на тяжкість стану пацієнта і перебіг гострого панкреатиту преморбідного фону. Особливою групою є особи похилого та старечого віку, в яких тяжкість супутніх захворювань не поступається тяжкості основної патології. Описано випадок хірургічного лікування гострого інфікованого панкреонекрозу у пацієнта похилого віку. У схемі лікування використовували лише малоінвазивні технології. Пацієнт був госпіталізований у хірургічне відділення Харківської обласної клінічної лікарні зі скаргами на виражений біль у верхніх відділах живота оперізувального характеру з іррадіацією в спину, нудоту, блювоту, загальну слабкість, нездужання протягом двох днів. Після клініко-інструментального обстеження встановлено діагноз «гострий панкреонекроз». Виявлено супутню патологію: гіпертонічну хворобу, III стадія, 2-й ступінь, ішемічну хворобу серця: стабільна стенокардія напруження II функціонального класу, дифузний кардіосклероз, атеросклероз аорти, серцеву недостатність, ІІБ стадія, дисциркуляторну гіпертонічно-атеросклеротичну енцефалопатію, II стадія, з лікворо-венозною дистензією, хронічний двосторонній пієлонефрит, жировий гепатоз, хронічний гастродуоденіт, деформувальний гонартроз II ступеня. З урахуванням віку та поліморбідності протягом 4 год пацієнту проводили консервативну терапію. Через відсутність позитивної динаміки і прогресування картини гострого панкреонекрозу з явищами ферментативного перитоніту було прийнято рішення про проведення оперативного втручання, яке мало характер малоінвазивного, що, на нашу думку, вплинуло на успіх лікування. Використання малоінвазивних технологій при лікуванні панкреонекрозу в цій віковій групі вважаємо перспективним напрямом.

**Ключові слова:** панкреонекроз, похилий вік, поліморбідність, малоінвазивні технології.

**K. Y. Parkhomenko<sup>1</sup>, A. G. Drozdova<sup>2</sup>, M. V. Suplichenko<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Public non-profit enterprise of Kharkiv regional Council «Regional Clinical Hospital», Kharkiv

<sup>2</sup>Kharkiv National Medical University

## **SURGERY WITH MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES FOR ACUTE INFECTED PANCREATIC NECROSIS IN AN ELDERLY PATIENT. CASE REPORT**

One of the main problems in the treatment of pancreatic necrosis continues to be the choice of the most rational surgical tactics. The wide use of minimally invasive technologies in the complex treatment of acute pancreatitis reduced mortality significantly, even with its infected forms. The effect on the severity of the patient's condition and the course of acute pancreatitis of premorbid background does not cause discussion. Here, a special group of people of advanced and senile age, the severity of concomitant diseases of which is not inferior to the severity of the underlying pathology. A case of surgical treatment of acute infected pancreatic necrosis in an elderly patient is described. Just minimally invasive technologies were applied in the treatment regimen. The patient was hospitalized in the surgical department with complaints of severe pain in the upper parts of abdomen with radiation to the back, nausea, vomiting, general weakness and malaise for two days. After an appropriate clinical and instrumental examination, the diagnosis of acute pancreatic necrosis was established. The concomitant pathology was established too: hypertension III stage 2nd degree, ischemic heart disease: stable angina pectoris II class, diffuse cardiosclerosis, aortic atherosclerosis, heart failure IIB stage, atherosclerotic encephalopathy II stage with cerebrospinal venous distension, chronic bilateral pyelonephritis, fatty hepatosis, chronic gastroduodenitis, deforming gonarthrosis of the II degree. Considering age and comorbidity, conservative therapy was carried out for 4 hours. A decision was made to perform surgical intervention due to the lack of positive dynamics and the progression of acute pancreatic necrosis with enzymatic peritonitis clinical picture. The chosen intervention was minimally invasive, which influenced the success of the treatment. the use of minimally invasive technologies in the treatment of pancreatic necrosis in this age group is a promising direction.

**Key words:** pancreatic necrosis, elderly age, comorbidity, minimally invasive technologies.