

УДК 616.37-006.2-089.15:616.37-002-036.12

**Р. А. Сидоренко**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕАТОГЕННИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ

Мета роботи — вдосконалити тактику лікування хворих з панкреатогенними рідинними утвореннями.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 158 хворих з панкреатогенними рідинними скупченнями, які виникли на тлі гострого панкреатиту. Лікувально-діагностичний алгоритм ведення пацієнтів залежав від клініко-морфологічної форми панкреатогенних рідинних скупчень.

Результати та обговорення. Розглянуті питання лікувальної тактики при панкреатогенних рідинних скупченнях залежно від їх клініко-морфологічної форми.

Висновки. Оптимальний термін для оперативного втручання при панкреатогенних рідинних утвореннях — період відмежованості процесу, коли можуть бути застосовані ехоконтрольовані пункційно-дренувальні втручання або операції із використанням проєкційних міні-доступів. Необхідність проведення оперативного втручання в асептичну фазу панкреонекрозу зумовлена наявністю морфологічного субстрату, який є джерелом інтоксикаційного синдрому та може бути усунутий хірургічно. При гнійно-септичних ускладненнях основні операції — дреновальні втручання, некрсеквестректомії, які можуть бути виконані з використанням малоінвазивних технологій, та лапаротомні втручання у разі поширення гнійно-некротичного процесу або неможливості застосування щадних методик.

■

Ключові слова: панкреатогенні рідинні скупчення, тактика лікування.

Гострий панкреатит — одна з актуальних проблем хірургічної панкреатології через високу летальність унаслідок прогресування синдрому системної запальної реакції та високу частоту постнекротичних гнійно-септичних ускладнень [8, 10, 13]. Первинно асептичний некроз підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини із формуванням перипанкреатичних рідинних скупчень стає джерелом ендотоксикозу, поліорганної недостатності, а при інфікуванні — сепсису [1]. Відсутність єдиного тактичного підходу при виборі терміну та методів лікування панкреатогенних рідинних скупчень зумовлює необхідність подальших досліджень у цьому напрямі [4, 9, 12].

Мета роботи — удосконалити тактику лікування хворих з панкреатогенними рідинними утвореннями.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено аналіз результатів лікування 158 хворих з панкреатогенними рідинними скупчен-

нями, які виникли на тлі гострого панкреатиту. Діагноз встановлювали за результатами загальноприйнятого комплексного обстеження.

Згідно з класифікацією гострого панкреатиту (Атланта, 2012) хворі розподілилися таким чином. Необмежені (відсутність капсули або чітких меж) скупчення ексудату в сальниковій сумці, черевній порожнині та заочеревинній клітковині виявлено у 119 (75,3 %) хворих, з них у 59 (49,6 %) пацієнтів вони поєднувалися з вогнищевими некротичними змінами у підшлунковій залозі та/або позаочеревинних клітковинних просторах; обмежені постнекротичні утворення — у 39 (24,7 %) пацієнтів. З інфікованими формами панкреонекрозу госпіталізовано 18 (11,4 %) хворих. У 48 (30,4 %) пацієнтів інфікування відбулося, незважаючи на антибіотикопрофілактику, проведену під час перебування в стаціонарі або у післяопераційний період.

Базисним методом лікування в усіх хворих була інтенсивна терапія, яку в разі тяжких форм гострого панкреатиту (112 (70,4 %) випадків) проводили

в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії відповідно до чинних клінічних протоколів. Мета терапії — усунення больового синдрому, зниження інтоксикації, створення функціонального спокою і пригнічення секреторної активності підшлункової залози, корекція водно-електролітного балансу, кислотно-основного стану та білкового обміну, боротьба з парезом кишечника та профілактика гнійно-септичних ускладнень.

Показаннями до хірургічних втручань у 93 (58,9 %) хворих були інфіковані форми панкреонекрозу, прогресування ферментативного перитоніту та/або заочеревинної інфільтрації з наростанням інтоксикаційного синдрому, незважаючи на інтенсивну терапію, деструктивні зміни суміжних органів або їх компресія збільшеною головкою чи рідинними утвореннями. Спектр оперативної допомоги передбачав традиційні лапаротомні та малоінвазивні (міні-лапаротомні, люмботомічні, лапароскопічні, ультрасонографічно контрольовані) втручання, в окремих випадках — їх комбінацію. При обмежених рідинних постнекротичних утвореннях перевагу віддавали пункційним втручанням, некректоміям та дрениванню з міні-доступів, при поширених формах панкреонекрозу, гнійно-некротичних ураженнях навколишніх структур застосовували лапаротомні операції з широким розтином та дрениванням усіх зон скупчення патологічного ексудату. За неможливості усунення патологічного вогнища протягом однієї процедури лікувальна тактика передбачала використання програмованих релапаротомій, у разі виникнення непередбачуваних ускладнень — релапаротомій «на вимогу».

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Консервативна терапія була основним та завершальним методом лікування у 63 (39,9 %) пацієнтів з гострими перипанкреатичними скупченнями. Регрес останніх відзначено протягом 2—3 тиж. За допомогою малоінвазивних технологій як самостійного методу вдалося усунути рідинні утворення у 18 (11,4 %) пацієнтів, з них у 8 (44,4 %) проведено додаткове або повторне (із заміною катетера) пункційне дренивання скупчень ексудату. У 9 (9,7 %) хворих застосування щадних методів виявилось недостатньо ефективним, що потребувало використання стандартних лапаротомних втручань. У 5 (5,4 %) випадках недреновані гнійні затоки в післяопераційний період ліквідовано малоінвазивними методами. З приводу поширення гнійно-некротичного процесу, виникнення ускладнень у вигляді арозивних кровотеч, деструкції стінки тонкої кишки повторні лапаротомії виконано 32 (34,4 %) пацієнтам. Післяопераційна летальність становила 23,7 % (22 хворих), загальна — 19,0 % (30 пацієнтів).

Ми не прихильники ранніх оперативних втручань при стабільному загальному стані або тенден-

ції до його стабілізації у хворих з неінфікованими перипанкреатичними рідинними утвореннями. Основною небезпекою операцій, зокрема малоінвазивних, при необмежених рідинних утвореннях є їх інфікування та поширення гнійно-некротичного процесу в прилеглі ділянки. Так, частота інфікування після лапаротомії, санації і дренивання сальникової сумки та черевної порожнини становить 91,6 %, після лапароскопії — 35,9 % [8]. Навіть така малоінвазивна процедура, як тонкогolkова аспірація, різко підвищує ризик розвитку вторинного інфікування [2]. Найсприятливіші умови для виконання операції створюються після стихання запальних явищ і відмежування патологічного вогнища, що є своєрідним стримувальним бар'єром на шляху інфекції. За нашими даними, гострі перипанкреатичні рідинні скупчення на тлі адекватної консервативної терапії можуть регресувати у майже 40 % випадків, тому на асептичній стадії захворювання ми дотримуємося активно-очікувальної тактики, вживаючи заходів для запобігання виникненню ускладнень. Прогресивне поширення агресивного ферментативного ексудату в черевній порожнині, позаочеревинному просторі, що є джерелом наростання інтоксикаційного синдрому і може усунути хірургічно, обґрунтовує проведення інтервенційних процедур у фазу стерильного пакреонекрозу.

Наявність ознак інфікування некротичних ділянок та рідинних утворень — абсолютне показання для оперативного лікування. Спосіб хірургічної допомоги обирають з урахуванням можливостей методу ліквідувати патологічний процес, який є джерелом інтоксикаційного синдрому та поліорганної недостатності, ступеня операційного ризику і загального стану хворого. Слід пам'ятати, що будь-яке втручання, яке проводять під наркозом або з використанням карбоксиперитонеуму на тлі панкреатогенного шоку, може посилити системні розлади. У таких випадках доцільно застосувати малоінвазивні методи під місцевою анестезією. Пункційно під контролем УЗД, комп'ютерної томографії або крізь міні-доступи в обраних ділянках можна дренивати черевну порожнину при ферментативному перитоніті, рідинні скупчення, розташовані позаочеревинно. Такі операції, сприяючи зниженню інтоксикації, дають змогу стабілізувати загальний стан пацієнта та виконати за показаннями радикальне втручання у кращих умовах. В окремих випадках за наявності обмежених рідинних утворень малоінвазивні методи можуть бути основним та завершальним способом лікування. Важливі передумови ефективності ехоконтрольованих пункційно-дренивальних втручань — наявність акустичного «вікна», чітка візуалізація топографії утворення та його синтопії з навколишніми органами, переважання рідинного компонента. У разі неможливості визначення безпечної траєкторії для пункції, переважання тка-

нинного компонента у вигляді великих секвестрів перевагу слід віддавати дренажу крізь проекційні міні-доступи. Це дає змогу контролювано розкрити утворення та за необхідності провести некрсеквестрэктомію. У разі значного поширення патологічного процесу, наявності множинних відгалужень, гнійних затоків, розвитку панкреатогенних ускладнень, які не можна усунути малоінвазивними методами, показані лапаротомні втручання, які передбачають ретельну ревізію черевної порожнини та позаочеревинних клітковинних просторів для виявлення всіх можливих шляхів поширення некротичного процесу, забезпечення їх адекватного дренажу і за необхідності корекції порушень суміжних органів.

Складна і дискусійна проблема — вибір оптимального терміну та обсягу оперативного втручання при неускладнених кістах підшлункової залози з несформованою стінкою [7]. Більшість авторів дотримуються вичікувальної тактики, оскільки що більш сформованою є стінка кісти, то більше можливостей для виконання радикального втручання. У 8—15% хворих протягом 1—2 міс відбувається спонтанний регрес кіст аж до повного їх зникнення [3, 5, 6]. Однак, на нашу думку, важливим аспектом визначення строків для хірургічного втручання є наявність або відсутність зв'язку кісти з протоковою системою. Розвиток та існування кісти, яка сполучається з протоками, пов'язані з наявністю інтрадуктальної гіпертензії, яка, підтримуючи запальний процес у залозі, з часом призводить до втрати її паренхіми, що функціонує. У

таких випадках ми вважаємо обґрунтованим застосування пункційно-дренувальних втручань як першого етапу лікування. Забезпечуючи декомпресію протокової системи, вони знижують інтрапанкреатичний тиск і таким чином є заходом профілактики екзо- та ендокринної недостатності підшлункової залози. Після стихання гострих явищ можливе проведення радикальної операції.

ВИСНОВКИ

Оптимальний термін для оперативного втручання при панкреатогенних рідинних утвореннях — період відмежованості процесу, коли можуть бути застосовані ехоконтрольовані пункційно-дренувальні втручання або операції з використанням проекційних міні-доступів.

Необхідність проведення оперативного втручання в асептичну фазу панкреонекрозу зумовлена наявністю морфологічного субстрату, який є джерелом інтоксикаційного синдрому та може бути усунутий хірургічно.

Прогресування поліорганної недостатності, стимульованої некротичним процесом у підшлунковій залозі, потребує вдосконалення методів інтенсивної терапії.

При гнійно-септичних ускладненнях основні операції — дренажні втручання, некрсеквестрэктомії, які можуть бути виконані з використанням малоінвазивних технологій, та лапаротомні втручання у разі поширення гнійно-некротичного процесу або неможливості застосування щадних методик.

Література

- Белорусец В. Н., Радиевский И. Л., Гусинец А. С. и др. Лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки при остром деструктивном панкреатите // *Акт. вопр. хирург. Матер. XIV съезда Республики Беларусь.* — Витебск, 2010. — С. 193.
- Бойко В. В., Иванова Ю. В., Мушенко Е. В. Диагностика и хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза // *Здоров'я України.* — 2012. — № 4 (10). — С. 26—29.
- Красильников Д. М., Маврин М. И., Маврин В. М. Атлас операций на поджелудочной железе. — Казань, 1997. — 42 с.
- Макарошкин А. Г., Чернядьев С. А., Айрапетов Д. В. Этапные санации салниковой сумки в лечении больных панкреонекрозом // *Сб. науч. тр. Респуб. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы хирургии и последипломной подготовки врачей хирургического профиля», посвященной 60-летию юбилею В. М. Тиммербулатова.* Клини. и экспер. хирургия. Электронный научно-практ. журн. (прил. № 2). — 2012. — С. 148—153.
- Мишин В. Ю., Квезерова А. П. Пункционно-дренирующий метод лечения осложненных псевдокист поджелудочной железы // *Анн. хирург. гепатол.* — 2000. — Т. 5, № 2. — С. 25—31.
- Пышкин С. А., Ткаченко П. Б., Стеценко Г. В. Хирургия кист поджелудочной железы // *Вестн. хирург.* — 1990. — № 9. — С. 73—74.
- Серебренникова Е. Н. Перспективы хирургического лечения осложненных псевдокист поджелудочной железы // *Фундаментальные исследования.* — 2012. — № 2. — С. 128—130.
- Тиммербулатов В. М., Кунафин М. С., Мехдиев Д. И. и др. Современные подходы в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита // *Мат. докл. Ассоциации хирургов Республики Башкортостан. Клини. и экспер. хирургия. Электронный научно-практ. журн. (прил.).* — 2012. — С. 106—108.
- Mortelé K. J., Girshman J., Szejnfeld D. et al. CT-guided percutaneous catheter drainage of acute necrotizing pancreatitis: clinical experience and observations in patients with sterile and infected necrosis // *Am. J. Roentgenol.* — 2009. — Vol. 192 (1). — P. 110—116.
- Neoptolemos J. P., Raraty M., Finch M., Sutton R. Acute pancreatitis: The substantial human and financial costs // *Gut.* — 1998. — Vol. 42, N 6. — P. 886—891.
- Schneider L., Büchler M. W., Werner J. Acute pancreatitis with an emphasis on infection // *Infect. Dis. Clin. North Am.* — 2010. — Vol. 24 (4). — P. 921—941.
- Segal D., Mortelé K. J., Banks P. A., Silverman S. G. Acute necrotizing pancreatitis: role of CT-guided percutaneous catheter drainage // *Abdom. Imaging.* — 2007. — Vol. 32 (3). — P. 351—361.
- Song J. H., Seo D. W., Byun S. W. et al. Outcome of intensive medical treatments in patients with infected severe necrotizing pancreatitis // *Korean J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 48, N 5. — P. 337—343.

Р. А. Сидоренко

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ

Цель работы — усовершенствовать тактику лечения больных с панкреатогенными жидкостными образованиями.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 158 больных с панкреатогенными жидкостными скоплениями, которые развились на фоне острого панкреатита. Лечебно-диагностический алгоритм ведения пациентов зависел от клинико-морфологической формы панкреатогенных жидкостных скоплений.

Результаты и обсуждение. Рассмотрены вопросы лечебной тактики при панкреатогенных жидкостных скоплениях в зависимости от их клинико-морфологической формы.

Выводы. Оптимальный срок для оперативного вмешательства при панкреатогенных жидкостных образованиях — период ограниченности процесса, когда могут быть применены эхоконтролируемые пункционно-дренирующие вмешательства или операции с использованием проекционных мини-доступов. Необходимость проведения оперативного вмешательства в асептическую фазу панкреонекроза обусловлена наличием морфологического субстрата, который является источником интоксикационного синдрома и может быть устранен хирургически. При гнойно-септических осложнениях основные операции — дренирующие вмешательства, некрэксеквестрэктомии, которые могут быть выполнены с использованием малоинвазивных технологий и лапаротомных вмешательств при распространенности гнойно-некротического процесса или невозможности применения шадящих методик.

Ключевые слова: панкреатогенные жидкостные скопления, тактика лечения.

R. A. Sydorenko

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

PANCREATIC FLUID COLLECTIONS: TREATMENT CHOICE

The aim — to improve the treatment strategy in patients with pancreatic fluid collections.

Materials and methods. The analysis is based on the treatment results in 158 patients with pancreatic fluid collections developed against the acute pancreatitis background. Treatment and diagnostic algorithm depended on the clinical and morphological form of fluid collections.

Results and discussion. Treatment tactics items of pancreatic fluid collections in depending on clinical and morphological forms is considered.

Conclusions. Optimal term for surgical intervention is the restricted pathological processes period when echo-controlled interventions or the operations through projectional mini accesses can be used. The necessity of surgery in pancreatic necrosis aseptic phase determined by the presence of morphological substrate which is a source of intoxication syndrome and can be surgically removed. The basic operations in septic complications are draining interventions which can be performed with minimally invasive techniques and laparotomic interventions in cases of spreading purulent-necrotic process or inability of saving techniques use.

Key words: pancreatic fluid collections, treatment tactics.