



В.В. Міщенко, В.В. Грубник,
Р.Ю. Вододюк

Одеський національний
медичний університет

© В.В. Міщенко, В.В. Грубник,
Р.Ю. Вододюк

ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФІКОВАНОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Опрацьовано результати лікування 143 хворих на гострий інфікований некротичний панкреатит. Інфікування зон некрозу відбувалось на 13-15 день захворювання. Показанням до оперативного лікування були неефективність консервативної терапії, ознаки перитониту, поліорганна недостатність, гнійні запливи у параколярній, парапанкреатичній, заочеревеній клітковині. У 33 (23,1 %) хворих діагностовано правобічний параколіт, у 86(60,1 %) – лівобічний параколіт, у 7 (4,9 %) – парапанкреатична флегмона, у 8 (5,6 %) – ознаки розлитого перитониту, у 9 (6,3 %) – скупчення гною у просвіті малого чепця. Пунційні втручання під контролем УЗД з дренажуванням виконані у 95 (66,4 %) хворих. Лапароскопічне дренажування осередкових гнійно-некротичних скупчень виконане у 12(8,4 %) хворих. Лапаротомні операції проведені у 127(88,8 %) випадках. Післяопераційна летальність склала 48 (37,8 %).

Ключові слова: лікування, гострий, інфікований некротичний панкреатит.

Вступ

Неухильне зростання частоти захворюваності на гострий панкреатит (ГП) протягом останніх років (4,5-6,7 на 10 тис. населення) залежить від багатьох факторів, у тому числі і від зовнішніх чинників, таких як стан навколишнього середовища, місце проживання, професія, факторів внутрішнього середовища людини (характер харчування, шкідливі звички, фізична активність, соціальний стан), які формують зміни в організмі на рівні порушень метаболічного обміну та можуть бути одним з патогенетичних механізмів ГП [1, 5, 6].

ГП характеризується запаленням підшлункової залози із залученням парапанкреатичних тканин, що призводить до збільшення кількості важких деструктивних форм захворювання, які потребують зовсім іншого лікувально-діагностичного підходу, і супроводжуються найбільш високою летальністю (до 60-70 %) і великою кількістю ускладнень (до 35 %). Від важких форм гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) вмирає кожен другий хворий [2,7].

У 25-80 % хворих з гострим деструктивним панкреатитом відбувається інфікування вогнищ некротичної деструкції з розвитком гнійних, постнекротичних ускладнень як самої підшлункової залози, так і парапанкреатичної клітковини [2,3].

Хірургічне лікування ускладнених форм гострого інфікованого некротичного панкреатиту (ГІНП) до теперешнього часу залишається одним з найбільш складних і до кінця невирішених питань ургентної абдомінальної хірургії.

Незважаючи на активне впровадження малоінвазивних технологій у лікуванні ГІНП, відкриті лапаротомні та люмботомічні оперативні втручання, є операціями вибору при неефективності попередніх [4].

Поширення некротичного ураження та інфікування тканин підшлункової залози (ПШЗ), парапанкреатичної і параколярної клітковини обумовлюють виконання повторних, обширних і високотравматичних операцій, результати яких не завжди задовольняють хірургів [1].

При цьому, завданням будь-якого оперативного втручання при ГІНП з переходом процесу на парапанкреатичну, параколярну клітковину з формуванням флегмон є адекватне розкриття останніх, некрсеквестректомія та дренажування [1, 3, 5].

Тому вибір оперативного втручання у даній категорії хворих залишається актуальним з позицій етіопатогенеза ГДП, морфофункціональних змін у тканині ПШЗ та параколярній клітковині й потребує пошуку нових та оптимізації існуючих тактичних підходів у вирішенні даної проблеми.

Мета дослідження

Вивчення результатів лікування хворих з гострим інфікованим некротичним панкреатитом, який ускладнений розвитком гнійних, постнекротичних парапанкреатичних та параколярних ускладнень, розпрацювання тактичних підходів до лікування згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги при даній патології.



Матеріали та методи дослідження

Опрацьовано результати лікування 143 хворих на ГДП, перебіг якого ускладнився розвитком дістрофічних і гнійних ускладнень у вигляді запального інфільтрату, а у подальшому – формуванням псевдокіст ПШЗ, абсцесів ПШЗ, флегмон парапанкреатичної (ППК) та параколярної (ПКК) клітковини, заочеревинної клітковини (ЗК), гнійного перитоніту.

Чоловіків було 105 (73,4%), жінок – 38 (26,6%). Середній вік пацієнтів склав $42,9 \pm 0,9$ років. Пацієнтів госпіталізували в різні терміни від початку захворювання. Запальний інфільтрат у проекції підшлункової залози виявляли на 5-10 добу від виникнення ознак ГП. Інфікування зон некрозу в ПШЗ, ППК, ПКК, ЗК діагностовано на $13 \pm 2,5$ добу захворювання. У 33 (23,1%) хворих діагностовано правобічний параколіт, у 86 (60,1%) – лівобічний параколіт, у 7 (4,9%) – парапанкреатична флегмона з розповсюдженням на заочеревинний простір, у 8 (5,6%) – ознаки розлитого перитоніту, 9 (6,3%) – скупчення гною у просвіті малого чепця.

Загальна діагностична програма включала клінічний аналіз крові та сечі, визначення групи крові по системі АВ0 і резус-фактора, активності α -амілази, калія, кальція, глюкози крові у сироватці крові, показники згортальної системи крові, α -амілази в сечі. Оглядова рентгенографія черевної порожнини, електрокардіографія, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія відносяться до першочергових методів обстеження.

В основу діагностики інфікування покладено критерії розвитку гнійно-септичних ускладнень: ознаки системної запальної відповіді (гіпертермія, тахіпное, тахікардія, лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом вліво), позитивний прокальцитоніновий тест, наявність перитонеальних симптомів, дані УЗД, дані бактеріологічного дослідження вмісту з черевної порожнини, рідинних скупчень у зонах ПШЗ, параколярної та парапанкреатичної клітковини.

За показами виконувалась комп'ютерна томографія, спіральна комп'ютерна томографія, магніто-резонансна томографія.

Ступінь вираженості патологічного процесу визначався за критеріями Міжнародної Асоціації панкреатологів (Атланта, 1992). Важкість стану пацієнта оцінювали за шкалою АРАСН I-II та прогностичною шкалою J. Ranson.

Показанням до оперативного втручання та вибір методу були: неефективність консервативної терапії впродовж 2-3 тижнів. Клінічно-лабораторні та інструментальні ознаки гнійного ускладнення гострого панкреатита: ознаки перитоніту, поява і наростання синдрому поліорганної недостатності, наявність

чіткої демаркаційної лінії у зоні некроза ПШЗ та гнійних заплівів у параколярній, парапанкреатичній, заочеревинній клітковині, підтвердженої УЗД, КТ. Оперативних втручань може бути декілька.

При скупченні рідкого гною у просвіті малого чепця, у зоні некрозу в ПШЗ, ППК, ПКК, ЗК застосовувалися пункція під контролем УЗД з аспірацією вмісту та зовнішнім дрениванням трубчастим дренажем.

При осередкових скупченнях рідини в області ПШЗ і навколишніх тканинах (постнекротичні кісти більше 6 см в діаметрі) з ознаками інфікування, наявністю детриту проводилось лапароскопічне втручання та дренивання.

За наявності сформованих гнійників у ПКК та ЗК з наявністю гнійних секвестрів розкриття останніх виконувались з локальних доступів (середньо-серединний, люмбальний, позаочеревинний) з адекватною некрсеквестректомією та дрениванням. При середньо-серединній лапаротомії обґрунтованим є формування серединної оментопанкреатостоми.

Первинно лапаротомні операції виконували при ознаках інфікування некротизованих тканин ПШЗ, парапанкреатичної та параколярної клітковини, яке при гострому деструктивному панкреатиті відбувається в наслідок транслокації мікрофлори в зону запалення з різних осередків і у першу чергу – з кишечника; за наявності великих секвестрів; неможливості санації осередку запалення через дренажі, які встановлені під час пункційних методів лікування; прогресування панкреонекрозу та парапанкреатичних і параколярних ускладнень; перитоніту; септичний стан хворого.

При цьому виконували мобілізацію печінкового і селезінкового згонів товстого кишечника, розкриття гнійних заплівів у заочеревинній клітковині, некрсеквестректомію ПШЗ з формуванням бокової або серединної оментопанкреатостоми.

З метою поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ГДП нами проводилася профілактика і лікування гнійно-септичних ускладнень.

При визначенні важкості стану пацієнта за шкалою АРАСН I-II менше 13 балів застосовували фторхінолони (Лефлоцин (Левефлоксацин) 500 мг 2 рази, Моксифлоксацин 400 мг 1 раз, Пефлоксацин 0,4 г 2 рази на добу), або цефалоспори́ни (Цефоперазол+Сульбактам по 2,0 г), комбінуючи їх з введенням орнідозола (орнігіл) по 100,0 три рази на добу. При стані пацієнта за шкалою АРАСН I-II більше 13 балів – карбопенемі (Меропенем 500 мг, або Іміпенем + циластатин 500 мг/500 мг 4 рази на добу; Цефепім 2,0 г + Орнігіл 0,5 г 100,0 2 рази на добу); Інваз 1,0 1 раз на добу. Препарати вводили в/в крапельно протягом 7 діб.



Для санації порожнини кіст, черевної порожнини, параколярної, парапанкреатичної, заочеревенної зони та зони операційної рани під час пункцій, лапароскопічних втручань, відкритих лапаротомних операцій ми застосовували Декасан – 0,02 % розчин декаметоксина – антисептичний препарат.

Для корекції метаболічних порушень (енергетичні, водно-електролітні, кислотно-відновні) та профілактики кардіореспіраторних ускладнень, для покращення безпосередніх результатів лікування застосовуємо у комплексній терапії Гекодез – препарат гідроксіетилкрохмалу з плазмозамінною, протишоковою дією, який збільшує об'єм циркулюючої крові, корегує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск, сприяє адекватній гемодилуції та гіперосмолярний комбінований препарат Сорбілакт і комплексний інфузійний препарат Реосорбілакт, які володіють протишовковими, реологічними, дезінтоксикаційними властивостями, стимулюють перистальтику кишечника, нейтралізують метаболічний ацидоз. Крім того, протягом перших 3-х діб після оперативного втручання для парентерального харчування застосовуємо комбіновані препарати розчинів амінокислот та жирових емульсій. Ентеральне зондове харчування (Берламін – Модуляр) починаємо з моменту відновлення перистальтики.

Результати досліджень та їх обговорення

На підставі проведеного аналізу основними лікувально-тактичними підходами в лікуванні гострого інфікованого некротичного панкреатиту прийнято вважати застосування діагностичного алгоритму, основою якого є УЗД органів черевної порожнини.

Встановлено, що інфікування панкреонекрозу залежить від багатьох факторів, у тому числі і від зовнішніх епігенетичних чинників, найчастіше відбувається у чоловіків середнього віку, що співвідноситься з даними літератури про захворюваність ГДП і розвитком його ускладнень.

При виборі методу оперативного втручання необхідно враховувати терміни від початку захворювання. Оптимальним терміном є не ефективність консервативної терапії впродовж 2-3 тижнів, період сформованої псевдокісти з щільними стінками і однорідним вмістом, ознаки перитоніту, поява і наростання синдрому поліорганної недостатності, наявність чіткої демаркаційної лінії у зоні некрозу ПШЗ та гнійних заплівів у параколярній, парапанкреатичній, заочеревеній клітковині.

Пунційні втручання під контролем УЗД з дрениванням виконані у 95 (66,4 %) хворих із

скупченням гною у просвіті малого чепця та як етап лікування абсцедуючих кіст, гнійних поразок при обширному панкреонекрозі для виведення хворого з критичного стану. У 32 (22,4 %) хворих цієї групи інших хірургічних втручань з приводу деструктивного панкреатиту не застосовувалось, післяопераційної летальності не було. Критеріями ефективності лікування було зменшення розмірів запального інфільтрату та гнійного вмісту, що контролювалося даними УЗД в динаміці і черездренажними фістулографіями за показанням.

Лапароскопічне дренивання осередкових скупчень рідини в області ПШЗ і навколишніх тканин виконане у 12 (8,4 %) хворих. У таких хворих за показанням одночасно виконана лапароскопічна холецистектомія. Летальних наслідків не спостерігалось.

Лапаротомні операції, в тому числі первинно лапаротомні, проведені у 127 (88,8 %) випадках. Після санації черевної порожнини, некрсеквестрэктомії ПШЗ, обов'язковим є розкриття заочеревенного простору по правому, лівому фланку та парапанкреатичного простору. Окрім стандартного дренивання черевної порожнини нами застосовувалось по вздовжнє дренивання ложа ПШЗ по верхньому та нижньому контуру, правого та лівого фланків з виведенням дренажних трубок через праву та ліву попереково-бокову стінку черевної порожнини. Метод етапних, так званих «програмованих» релапаротомій, у клініці застосовувався за строгими показаннями.

Післяопераційна летальність у даній групі склала 48 (37,8 %). У структурі летальності чоловіки становлять 35 (72,9 %), жінки – 13 (27,1 %). Основними причинами летальності були поліорганна недостатність, як результат гострого інфікованого некротичного панкреатиту, на фоні розлитого перитоніту, арозія крупної судини з масивною кровотечею.

Висновки

Таким чином, у клініці зформовано і успішно застосовується поетапний підхід у лікуванні деструктивного панкреатиту на основі тактичних підходів до лікування згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги при даній патології.

Проведення пункційних, пункційно-дренажних, ендоскопічних, лапароскопічних, лапаротомних втручань при гострому інфікованому панкреонекрозі з послідовним запропонованим дрениванням черевної порожнини свідчить про достатньо високу ефективність таких операцій.



ЛІТЕРАТУРА

1. *Бідюк Д.М.* Гострий панкреатит: сучасні аспекти хірургічної тактики / Д.М. Бідюк, Ю.С. Лисюк, В.П. Андрущенко // Галицький лікарський вісник, – 2012. – Т. 19, № 3 (частина 2). – С. 9-11.
2. *Кондратенко П.Г.* Гострий панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильєв, М.В. Конькова. – Донецьк. – 2008. – С. 352.
3. *Оптимизация* лечения пациентов с острым панкреатитом в условиях многопрофильного хирургического стационара / Я.С. Березницкий, Р.В. Дука, И.Л. Верхолаз [и др.] // Медицинские перспективы. - 2012. – Т. XVII, № 1, ч. 1. – С. 58-60.
4. *Русин В.І.* Клінічний перебіг панкреатогенного інфільтрату залежно від поширення процесу по підшлунковій залозі / В.І. Русин, С.С. Філіп // Галицький лікарський вісник. – 2012, – Т. 19, № 3 (ч. 2). – С. 106-108.
5. *Хірургічне* лікування хворих на важкі форми гострого панкреатиту: аналіз результатів та фактори прогнозу / В.О. Сипливий, В.І. Робак, Г.Д. Петренко [та ін.] //Український журнал хірургії. – 2011. – № 2 (11). – С. 89-93.
6. *Beger H. G.* Diseases of the Pancreas. Current Surgical Therapie / H. G. Beger, S. Matsuno, J. L. Cameron. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. – 905 S.
7. *Schette K.* Markers for predicting severity and progression of acute pancreatitis / K. Schette, P. Malfertheiner // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. - 2008. - №22. – P. 75–90.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДИ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ИНФИЦИРОВАННОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

***В.В. Міщенко, В.В. Грубник,
Р.Ю. Вододюк***

Резюме. Проанализированы результаты лечения 143 больных острым инфицированным некротическим панкреатитом. Инфицирование зон некроза происходило на 13-15 день заболевания. Показанием к оперативному лечению были неэффективность консервативной терапии, признаки перитонита, полиорганная недостаточность, гнойные затеки в параколярной, парапанкреатической, забрюшинной клетчатке. У 33 (23,1 %) больных диагностирован правосторонний параколит, у 86 (60,1 %) – левосторонний параколит, у 7 (4,9 %) – парапанкреатическая флегмона, у 8 (5,6 %) – признаки разлитого перитонита, у 9 (6,3 %) – скопление гноя в полости малого сальника. Пункционные вмешательства под контролем ультразвукографии с дренированием выполнены у 95 (66,4 %) больных. Лапароскопическое дренирование очаговых гнойно-некротических скоплений выполнено у 12 (8,4 %) больных. Лапаротомные операции проведены у 127 (88,8 %) случаях. Послеоперационная летальность составила 48 (37,8 %).

Ключевые слова: *лечение, острый инфицированный некротический панкреатит*

TACTICAL GO NEAR TREATMENT OF THE ACUTE INFECTED NECROTIZING PANCREATITIS

***V.V. Mischenko, V.V. Grubnik,
R.Y. Vododuk***

Summary. The results of treatment 143 patients with the acute infected necrotizing pancreatitis are analysed. Infecting of areas of necrosis took a place on 13-15 day of disease. A testimony to operative treatment were uneffectiveness of conservative therapy, signs of peritonitis, polyorgans insufficiency, festerings затеки in paracolic, parapancreatic, extraperitoneal cellulose. It are diagnosed right-side paracolitis at 33 (23,1 %) patients, left-side paracolitis – at 86 (60,1 %), parapancreatic phlegmon – at 7 (4,9 %), signs of poured out peritonitis – at 8(5,6 %), accumulation of pus in the cavity of omentum – at 9 (6,3 %). Punctional of interference under control ultrasonographic with draining was executed at 95 (66,4 %) patients. The laparoscopic draining of focus festering-necrotizing accumulations is executed at 12 (8,4 %) patients. Laparotomic operations are conducted at 127 (88,8 %) cases. Postoperation mortality was 48 (37,8 %).

Key words: *surgical treatment of the acute infected necrotizing pancreatitis.*