

УДК 616.37-002.4-003.2-036.11-089

КОНДРАТЕНКО П.Г., ДЖАНСЫЗ И.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ИНФИЛЬТРАТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Резюме. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 251 пациента с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом и парапанкреатическим инфильтратом, которые находились на стационарном лечении в клинике с 2006 по 2013 год. Возраст пациентов колебался от 21 до 84 лет. Мужчин было 142 (56,6%), женщин — 109 (43,4%). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 120 (47,8%) больных, от 25 до 72 ч — у 50 (19,9%), более 72 ч — у 81 (32,3%). У 158 (62,9%) больных причиной острого некротического панкреатита было одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи), а у 93 (37,1%) — прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов. По данным ультразвукового исследования, поражение менее 30% поджелудочной железы выявлено у 55 (21,9%) больных, поражение от 30 до 50% поджелудочной железы — у 177 (70,5%), поражение более 50% поджелудочной железы — у 19 (7,6%).

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что комплексная интенсивная терапия позволяет у 24,7% пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом добиться полного регресса парапанкреатического инфильтрата без образования жидкостных коллекторов. При применении в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии карбапенемов (имипенем-циластатина, меропенема) в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (лорноксикамом) этот показатель составил 31,6%, а при применении других антибиотиков без нестероидных противовоспалительных препаратов — лишь 10%.

Среди осложнений острого асептического некротического панкреатита ферментативный перитонит наблюдается у 41,1% пациентов, острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке — у 49,2%, острые асептические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке — у 14,8% и сочетание острых асептических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке — у 1,1%.

У 77,8% пациентов развитие ферментативного перитонита стало единственным проявлением острого некротического панкреатита, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости с помощью лапароскопии или лапароцентеза наряду с проведением комплексной консервативной терапии. Другие осложнения острого некротического панкреатита у этих пациентов не наблюдались, что свидетельствует о более благоприятном течении болезни у больных с ферментативным перитонитом. У 18,2% пациентов имело место сочетание ферментативного перитонита с острыми асептическими жидкостными скоплениями в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке, что потребовало в дальнейшем выполнения других хирургических вмешательств.

При острых асептических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке высокоэффективным является применение пункционно-дренирующих операций. Частота развития гнойных осложнений составила 4,4%, а летальность — 1,1%. Показанием к операции служит наличие в сальниковой сумке, по данным сонографии, жидкостного образования объемом более 50 мл.

При острых асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке пункционно-дренирующие операции эффективны лишь у пациентов со скоплением свободной жидкости в забрюшинной клетчатке (объемом более 100 мл). При асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки предпочтение следует отдавать вскрытию, ревизии и дренированию забрюшинной клетчатки поясничным внебрюшинным доступом.

Показанием к операции служат как данные сонографии, так и клинические данные: явная инфильтрация и боли в поясничной области, повышение температуры тела до 38 °С и более. Необходимость выполнения операции возникает в большинстве случаев на 4–6-е сутки болезни. Следует отметить, что люмботомия в большинстве случаев в процессе лечения предполагает выполнение этапных ревизий и санаций (секвестрэктомий) забрюшинной клетчатки. Их частота и количество определяются состоянием забрюшинной клетчатки, наличием секвестров и недренируемых зон.

По нашим данным, частота острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в виде скопления свободной жидкости в забрюшинной клетчатке составляет 25%, а в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки — 75%.

Применение в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии карбапенемов (имипенем-циластатина, меропенема) в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (лорноксикамом) позволило при острых асептических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке снизить частоту развития инфицированного панкреатита (абсцесса сальниковой сумки) с 8,3 до 1,8%, а летальность — с 2,8 до 0%. При острых асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке частота развития инфицированного панкреатита (флегмоны забрюшинной клетчатки) снизилась с 63,6 до 11,8%, а летальность — с 18,2 до 0%. В целом в 1-й группе гнойные осложнения развились у 3 (1,8%) больных, умерли — 2 (1,2%), во 2-й группе эти показатели составили 10 (12,5%) и 4 (5%) соответственно.

Выводы. Улучшению результатов лечения острого асептического некротического панкреатита способствует дифференцированный подход к выбору способа и объема хирургического вмешательства, зависящий от локализации и характера острого асептического жидкостного скопления. Включение в комплекс консервативных мероприятий при остром асептическом некротическом панкреатите в качестве стартовой антибактериальной терапии карбапенемов (имипенем-циластатина и меропенема) в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (лорноксикамом) позволяет в 3,2 раза уменьшить частоту развития острых асептических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, в 6,9 раза — частоту гнойных осложнений и в 4,2 раза — летальность.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, парапанкреатический инфильтрат, тактика лечения.

© Кондратенко П.Г., Джансыз И.Н., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

В Украине отмечается рост заболеваемости острым панкреатитом, частота которого в среднем составляет 60–70 случаев на 100 000 населения, а послеоперационная летальность остается более 20 % [1, 5].

В настоящее время основной причиной летальности при остром панкреатите является вторичная инфекция, присоединение которой при тяжелом остром панкреатите и особенно распространенном некрозе поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки обуславливает чрезвычайно высокую летальность, достигающую 85,7 % [2]. Частота возникновения вторичной инфекции при остром панкреатите также высока и составляет в зависимости от клинического течения заболевания от 3 до 70 % случаев [4, 6].

Парапанкреатический инфильтрат — местное проявление реактивной фазы острого деструктивного панкреатита. Это одно из первых проявлений некротического панкреатита и парапанкреатита. В основе механизма формирования парапанкреатического инфильтрата лежит асептическая воспалительная реакция на очаги некроза в поджелудочной железе и окружающей клетчатке. Как правило, в его структуру вовлечены стенки близлежащих органов (желудок, двенадцатиперстная кишка), брыжейка толстой и тонкой кишки. Возможны три пути исхода парапанкреатического инфильтрата: регресс воспалительных изменений, формирование асептических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке и нагноение [3].

В связи с этим целью данной работы явилось рассмотрение исхода парапанкреатического инфильтрата и оценка эффективности лечения у больных с острым асептическим небилиарным некротическим панкреатитом.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 251 пациента с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом и парапанкреатическим инфильтратом, которые находились на стационарном лечении в клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе центральной городской клинической больницы № 16 г. Донецка с 2006 по 2013 год.

Возраст пациентов колебался от 21 до 84 лет. Мужчин было 142 (56,6 %), женщин — 109 (43,4 %). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 120 (47,8 %) больных, от 25 до 72 ч — у 50 (19,9 %), более 72 ч — у 81 (32,3 %). У 158 (62,9 %) больных причиной острого некротического панкреатита было одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи), а у 93 (37,1 %) — прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов.

В качестве основного метода инструментальной диагностики острого панкреатита и его осложнений использовали ультразвуковое исследование (ультразвуковой мониторинг). Последний, в частности, позволяет осуществлять контроль за эффективностью лечебных мероприятий, своевременно выявлять осложнения болезни, а также корректировать дальнейшую тактику лечения пациентов. По данным ультразвукового исследования,

парапанкреатический инфильтрат представляет собой неоднородное образование повышенной эхогенности в проекции поджелудочной железы без четких контуров и границ. Ограниченный панкреонекроз (поражение менее 30 % поджелудочной железы) выявлен у 55 (21,9 %) больных, распространенный (поражение от 30 до 50 % поджелудочной железы) — у 177 (70,5 %), субтотально-тотальный (поражение более 50 % поджелудочной железы) — у 19 (7,6 %).

Результаты и обсуждение

Главная цель, которая стоит перед врачом при лечении пациентов с острым некротическим панкреатитом, — это снижение летальности и числа осложнений болезни. Однако достижение поставленной цели предполагает решение целого ряда задач:

1. Необходимо локализовать воспалительный процесс, а также добиться его регресса как в самой поджелудочной железе, так и в окружающих клетчаточных пространствах.

2. Уменьшить число острых асептических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, которые являются субстратом для развития в дальнейшем гнойных осложнений — абсцесса сальниковой сумки и флегмоны забрюшинной клетчатки.

3. Уменьшить число пациентов с инфицированным некротическим панкреатитом и, соответственно, с сепсисом.

4. Оптимизировать выбор способа и объема наименее травматичного хирургического вмешательства в зависимости от развития тех или иных осложнений на разных этапах лечения болезни. Наше видение решения перечисленных задач мы и попытались изложить в данной статье.

Все пациенты с острым асептическим некротическим панкреатитом сразу госпитализированы в отделение интенсивной терапии, где им проводили комплексную интенсивную инфузионную и медикаментозную терапию, которая включала: адекватное обезболивание, подавление секреторной функции поджелудочной железы и желудка, гемодинамическую поддержку, антимикробную терапию, нутритивную поддержку, противовоспалительные препараты, купирование эндогенной интоксикации, респираторную поддержку, коррекцию нарушений гемокоагуляции и профилактику тромбоза глубоких вен.

На фоне проведения комплексной консервативной терапии у 62 (24,7 %) пациентов удалось достигнуть регресса воспалительных явлений в поджелудочной железе и парапанкреальной клетчатке, в том числе и парапанкреатического инфильтрата без образования жидкостных коллекторов, что подтверждено при сонографическом мониторинге. Оперативное вмешательство не потребовалось, пациенты выписаны на амбулаторное лечение.

У 189 (75,3 %) пациентов исходом парапанкреатического инфильтрата явилось образование асептических жидкостных скоплений как в брюшной полости (в т.ч. в сальниковой сумке), так и в забрюшинной клетчатке.

Ферментативный перитонит диагностирован у 81 (42,9 %) пациента, также он сочетался с асептическими жидкостными скоплениями: у 11 больных — в сальниковой сумке, у 3 — в забрюшинной клетчатке, у 1 — в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке. Острые асептические жидкостные скопления только в сальниковой сумке выявлены у 82 (43,4 %) пациентов, в забрюшинной клетчатке — у 25 (13,2 %), в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке — у 1 (0,5 %).

Всем пациентам с ферментативным перитонитом (81 пациент) выполнено дренирование брюшной полости путем лапароскопии или лапароцентеза. У 66 (81,5 %) пациентов дренирование брюшной полости явилось единственным хирургическим вмешательством. После операции умерли 3 больных, летальность составила 4,6 %. Причиной смерти у всех больных явился эндотоксический шок, а длительность их пребывания в стационаре составила от 20 мин до 2 суток. У всех умерших отмечено поражение более 50 % паренхимы поджелудочной железы. У остальных пациентов полноценная комплексная консервативная терапия позволила избежать образования жидкостных коллекторов и добиться регресса воспалительных изменений как в самой поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке.

Длительность стояния дренажей в брюшной полости определялась наличием отделяемого. При его отсутствии дренажи удаляли из брюшной полости, поскольку их более длительное стояние увеличивает вероятность инфицирования брюшной полости с последующим развитием уже гнойного перитонита или образования межпетельных абсцессов. В большинстве случаев дренажи из брюшной полости удаляли через 2–4 суток.

У 15 (14,5 %) пациентов, у которых развились острые асептические жидкостные скопления, в дальнейшем потребовалось выполнение различных хирургических вмешательств на сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке. Эти пациенты включены в группы, о которых речь пойдет ниже.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке (оментобурсита) 92 (98,9 %) пациентам выполнены пунктирно-дренирующие операции под контролем ультразвука (ПДО-УЗ). В том числе 11 (11,8 %) пациентам на начальном этапе лечения выполнено дренирование брюшной полости по поводу ферментативного пе-

ритонита, а 1 пациенту на более поздних этапах лечения выполнена лапаротомия, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия по поводу секвестров достаточно больших размеров, располагающихся в области головки поджелудочной железы (табл. 1). В связи с образованием секвестров достаточно больших размеров в области головки и тела поджелудочной железы 1 (1,1 %) пациенту потребовалось выполнение лапаротомии, секвестрэктомии, оментобурсостомии без ПДО-УЗ. В этой группе гнойные осложнения (абсцесс сальниковой сумки) развились у 4 (4,3 %) пациентов (все после ПДО-УЗ). Умер 1 (1,1 %) пациент, причиной смерти явился сепсис.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке у 3 (10,7 %) пациентов на начальном этапе лечения выполнено дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита (табл. 2). ПДО-УЗ выполнены 20 пациентам, в том числе в дальнейшем 10 пациентам выполнены люмботомия и дренирование забрюшинной клетчатки и 1 пациенту — лапаротомия, секвестрэктомия, оментобурсостомия с целью удаления секвестров больших размеров, располагающихся в области головки и тела поджелудочной железы. Гнойные осложнения развились у 9 (45 %) больных, умерли — 2 (10 %). Причиной смерти в обоих случаях был сепсис. Люмботомия и дренирование забрюшинной клетчатки выполнены 8 пациентам. Гнойных осложнений и летальных исходов не было. В целом в данной группе частота гнойных осложнений составила 32,1 % (9 пациентов), а летальность — 7,1 % (2 пациента).

Острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке выявлены у 2 (1,1 %) пациентов. Пункция и дренирование сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки выполнены 1 пациенту. Второму пациенту на начальном этапе лечения по поводу ферментативного перитонита выполнено дренирование брюшной полости, в дальнейшем по поводу оментобурсита выполнены пункция и дренирование сальниковой сумки, а по поводу острого асептического жидкостного скопления в забрюшинной клетчатке — люмботомия, ревизия и дренирование забрюшинной клетчатки. Осложнений и умерших в данной группе больных не было.

Нами проведен анализ эффективности антибактериальной и противовоспалительной терапии у пациентов

Таблица 1. Результаты операций при острых асептических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке

Вид операции	К-во больных	Гнойные осложнения		Умерли	
		Абс.	%	Абс.	%
ПДО-УЗ	80	4	5	1	1,3
Лц/Лс + ПДО-УЗ	11	–	–	–	–
ПДО-УЗ + Л	1	–	–	–	–
Л	1	–	–	–	–
Всего	93	4	4,3	1	1,1

Примечания: ПДО-УЗ — пунктирно-дренирующие операции под контролем ультразвука; Лц/Лс — лапароцентез или лапароскопия и дренирование брюшной полости; Л — лапаротомия, секвестрэктомия, оментобурсостомия.

Таблица 2. Результаты операций при острых асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке

Вид операции	К-во больных	Гнойные осложнения		Умерли	
		Абс.	%	Абс.	%
ПДО-УЗ (всего), в т.ч.:	20	9	45	2	10
ПДО-УЗ	7	2	28,6	–	–
Лц/Лс + ПДО-УЗ	2	–	–	–	–
ПДО-УЗ + Лю	9	5	60	2	20
Лц/Лс + ПДО-УЗ + Лю	1	1	100	–	–
ПДО-УЗ + Л	1	1	100	–	–
Лю	8	0	–	–	–
Всего	28	9	32,1	2	7,1

Примечания: ПДО-УЗ — пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука; Лц/Лс — лапароцентез или лапароскопия и дренирование брюшной полости; Л — лапаротомия, секвестрэктомия, оментобурсостомия; Лю — люботомия, ревизия и дренирование забрюшинной клетчатки.

с острым асептическим некротическим панкреатитом и парапанкреатическим инфильтратом в плане профилактики развития острых асептических жидкостных скоплений в брюшной полости (ферментативного перитонита), сальниковой сумке (оментобурсита) и забрюшинной клетчатке, а также гнойных осложнений (табл. 3). В первую группу включен 171 пациент, которые в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии получали карбапенемы — имипенем-циластатин (тиенам) или меропенем (меронем, мепенем) и нестероидные противовоспалительные препараты — лорноксикам (ксефокам). Во вторую группу включено 80 пациентов, которые в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии получали цефтриаксон или гатифлоксацин. Нестероидные противовоспалительные препараты у этих пациентов не применялись.

Приведенные в таблице 3 данные свидетельствуют о том, что при парапанкреатическом инфильтрате проводимое лечение в 1-й группе позволило у 31,6 % пациентов избежать развития острых асептических жидкостных скоплений в брюшной полости, сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке по сравнению с 10 % во 2-й группе.

Вместе с тем частота развития ферментативного перитонита была примерно одинаковой в обеих группах (в 1-й группе — 35 %, во 2-й группе — 34,7 %), что впол-

не закономерно, поскольку как парапанкреатический инфильтрат, так и ферментативный перитонит — наиболее ранние проявления некротического перитонита, и развиваются они, как правило, еще до поступления в лечебное учреждение. Летальность в обеих группах также примерно одинакова (4,9 и 4 % соответственно), что объясняется крайней тяжестью состояния больных. Это подтверждается краткостью пребывания пациентов в клинике — от 20 мин до 2 суток, а также тем, что причиной смерти явился эндотоксический шок. У всех умерших при патологоанатомическом исследовании выявлен практически тотальный панкреонекроз.

При парапанкреатическом инфильтрате в сочетании с острыми асептическими жидкостными скоплениями в сальниковой сумке в 1-й группе гнойные осложнения (абсцесс сальниковой сумки) развились у 1 (1,8 %) пациента, летальных исходов не было. Во 2-й группе гнойные осложнения развились у 3 (8,3 %) пациентов, умер — 1 (2,8 %).

При парапанкреатическом инфильтрате в сочетании с острыми асептическими жидкостными скоплениями в забрюшинной клетчатке в 1-й группе гнойные осложнения (флегмона забрюшинной клетчатки) развились у 2 (11,8 %) пациентов, летальных исходов не было. Во 2-й группе гнойные осложнения развились у 7 (63,6 %) пациентов, умерли — 2 (18,2 %).

Таблица 3. Эффективность антибактериальной и противовоспалительной терапии при остром асептическом некротическом панкреатите

Осложнения острого панкреатита	Первая группа			Вторая группа		
	Абс.	ГО (%)	Умерли (%)	Абс.	ГО (%)	Умерли (%)
ППИ (только консервативное лечение)	54	–	–	8	–	–
ППИ + ферментативный перитонит	41	–	2 (4,9)	25	–	1 (4)
ППИ + ОАЖССС	57	1 (1,8)	–	36	3 (8,3)	1 (2,8)
ППИ + ОАЖСЗК	17	2 (11,8)	–	11	7 (63,6)	2 (18,2)
ППИ + ОАЖССС + ОАЖСЗК	2	–	–	–	–	–
Всего	171	3 (1,8)	2 (1,2)	80	10 (12,5)	4 (5)

Примечания: ГО — гнойные осложнения (инфицированный панкреатит); ППИ — парапанкреатический инфильтрат; ОАЖССС — острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке; ОАЖСЗК — острые асептические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что комплексная интенсивная терапия позволяет у 24,7 % пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом добиться полного регресса парапанкреатического инфильтрата без образования жидкостных коллекторов. Вместе с тем при применении в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии карбапенемов (имипенема-циластатина, меропенема) в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (лорноксикамом) этот показатель составил 31,6 %, а при применении других антибиотиков без противовоспалительных препаратов — лишь 10 %.

Среди осложнений острого асептического некротического панкреатита ферментативный перитонит наблюдается у 41,1 % пациентов, острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке — у 49,2 %, острые асептические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке — у 14,8 % и сочетание острых асептических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке — у 1,1 %.

У 77,8 % пациентов развитие ферментативного перитонита стало единственным проявлением острого некротического панкреатита, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости с помощью лапароскопии или лапароцентеза наряду с проведением комплексной консервативной терапии. Другие осложнения острого некротического панкреатита у этих пациентов не наблюдались, что свидетельствует о более благоприятном течении болезни у больных с ферментативным перитонитом. У 18,2 % пациентов имело место сочетание ферментативного перитонита с острыми асептическими жидкостными скоплениями в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке, что потребовало в дальнейшем выполнения других хирургических вмешательств.

При острых асептических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке высокоэффективным является применение ПДО-УЗ. Частота развития гнойных осложнений составила 4,4 %, а летальность — 1,1 %. Показанием к операции служит наличие в сальниковой сумке, по данным сонографии, жидкостного образования объемом более 50 мл.

При острых асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке ПДО-УЗ эффективны лишь у пациентов со скоплением свободной жидкости в забрюшинной клетчатке (объемом более 100 мл). При асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки предпочтение следует отдавать вскрытию, ревизии и дренированию забрюшинной клетчатки поясничным внебрюшинным доступом.

Показанием к операции служат как данные сонографии, так и клинические данные: явная инфильтрация и боли в поясничной области, повышение температуры тела до 38 °С и более. Необходимость выполнения операции возникает в большинстве случаев на 4–6-е сутки болезни. Следует отметить, что люмботомия в большинстве случаев в процессе лечения предполагает выполнение этапных ревизий и санаций (секвестрэктомий)

забрюшинной клетчатки. Их частота и количество определяются состоянием забрюшинной клетчатки, наличием секвестров и недренируемых зон.

По нашим данным, частота острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в виде скопления свободной жидкости в забрюшинной клетчатке составляет 25 %, а в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки — 75 %.

Применение в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии карбапенемов (имипенема-циластатина, меропенема) в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (лорноксикамом) позволило при острых асептических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке снизить частоту развития инфицированного панкреатита (абсцесса сальниковой сумки) с 8,3 до 1,8 %, а летальность — с 2,8 до 0 %. При острых асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке частота развития инфицированного панкреатита (флегмоны забрюшинной клетчатки) снизилась с 63,6 до 11,8 %, а летальность — с 18,2 до 0 %. В целом в 1-й группе гнойные осложнения развились у 3 (1,8 %) больных, умерли — 2 (1,2 %), во 2-й группе эти показатели составили 10 (12,5 %) и 4 (5 %) соответственно.

Выводы

1. Включение в комплекс консервативных мероприятий при остром асептическом некротическом панкреатите в качестве стартовой антибактериальной терапии карбапенемов (имипенема-циластатина и меропенема) в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (лорноксикамом) позволяет в 3,2 раза уменьшить частоту развития острых асептических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, в 6,9 раза — частоту гнойных осложнений и в 4,2 раза — летальность.

2. При ферментативном перитоните предпочтение следует отдавать лапароскопии или лапароцентезу и дренированию брюшной полости. Вместе с тем оптимальным является лапароскопия, адекватная санация и дренирование брюшной полости (в правом подреберье, околопупочной области, реже — в правой подвздошной области).

3. При острых асептических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке, а также при острых асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде скопления свободной жидкости (объемом более 100 мл) предпочтение следует отдавать пункционно-дренирующим хирургическим вмешательствам под контролем ультразвука.

4. При острых асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки операцией выбора является вскрытие, ревизия и дренирование забрюшинной клетчатки поясничным внебрюшинным доступом с последующими этапными ревизиями и санациями (секвестрэктомиями) забрюшинной клетчатки, частота и количество которых определяются состоянием последней, наличием секвестров и недренируемых зон.

Список літератури

1. Балныков С.И. Прогнозирование исхода заболевания у больных некротическим панкреатитом / Балныков С.И., Петренко Т.Ф. // Хирургия. — 2010. — № 3. — С. 37-40.
2. Узловые вопросы лечения деструктивного панкреатита / Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В. [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2001. — № 1-6. — С. 139-142.
3. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: современный взгляд на проблему / Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. // Мистецтво лікування. — 2006. — № 6. — С. 76-82.
4. Fogel E.L. Endoscopic pancreatic necrosectomy / Fogel E.L. // *Gastrointest Surg.* — 2011. — № 15 (7). — P. 1098-1100.
5. A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome / Santvoort H.C., Bakker O.J., Bollen T.L. [et al.] // *Gastroenterology.* — 2011. — № 141 (4). — P. 1254-1263.
6. The revised Atlanta classification for acute pancreatitis: a CT imaging guide for radiologists / Sheu Y., Furlan A., Almusá O. [et al.] // *Emerg. Radiol.* — 2012. — № 19 (3). — P. 237-243.

Получено 12.12.13 □

Кондратенко П.Г., Джансиз І.М.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк, Україна

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАРАПАНКРЕАТИЧНОГО ІНФІЛЬТРАТУ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ АСЕПТИЧНИМ НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Резюме. Матеріал і методи. Проаналізовано результати лікування 251 пацієнта з гострим небіліярним асептичним некротичним панкреатитом і парапанкреатичним інфільтратом, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці з 2006 по 2013 рік. Вік пацієнтів коливався від 21 до 84 років. Чоловіків було 142 (56,6 %), жінок — 109 (43,4 %). Тривалість захворювання до 24 год відзначена у 120 (47,8 %) хворих, від 25 до 72 год — у 50 (19,9 %), понад 72 год — у 81 (32,3 %). У 158 (62,9 %) хворих причиною гострого некротичного панкреатиту було одностороннє харчування (надлишковий прийом переважно жирної їжі), а у 93 (37,1 %) — прийом алкоголю (алкогольний ексцес) або його сурогатів. За даними ультразвукового дослідження, ураження менше 30 % підшлункової залози виявлено у 55 (21,9 %) хворих, ураження від 30 до 50 % підшлункової залози — у 177 (70,5 %), ураження більше 50 % підшлункової залози — у 19 (7,6 %).

Результати та обговорення. Аналіз отриманих даних свідчить про те, що комплексна інтенсивна терапія дозволяє у 24,7 % пацієнтів з гострим асептичним некротичним панкреатитом домогтися повного регресу парапанкреатичного інфільтрату без утворення рідинних колекторів. При застосуванні як стартової емпіричної антибактеріальної терапії карбапенемів (іміпенему-циластатину, меропенему) в поєднанні з нестероїдними протизапальними препаратами (лорноксикамом) цей показник становив 31,6 %, а при застосуванні інших антибіотиків без нестероїдних протизапальних препаратів — лише 10 %.

Серед ускладнень гострого асептичного некротичного панкреатиту ферментативний перитоніт спостерігається в 41,1 % пацієнтів, гострі асептичні рідинні скупчення в сальниковій сумці — у 49,2 %, гострі асептичні рідинні скупчення в заочеревинній клітковині — у 14,8 % і поєднання гострих асептичних рідинних скупчень у сальниковій сумці і заочеревинній клітковині — в 1,1 %.

У 77,8 % пацієнтів розвиток ферментативного перитоніту став єдиним проявом гострого некротичного панкреатиту, що дозволило обмежитися дренуванням черевної порожнини за допомогою лапароскопії або лапароцентезу поряд із проведенням комплексної консервативної терапії. Інші ускладнення гострого некротичного панкреатиту в цих пацієнтів не спостерігалися, що свідчить про більш сприятливий перебіг хвороби у хворих із ферментативним перитонітом. У 18,2 % пацієнтів мало місце поєднання ферментативного перитоніту з гострими асептичними рідинними скупченнями в сальниковій сумці і/або заочеревинній клітковині, що вимагало надалі виконання інших хірургічних втручань.

При гострих асептичних рідинних скупченнях в сальниковій сумці вискоєфективним є застосування пункційно-дренуючих операцій. Частота розвитку гнійних ускладнень становила 4,4 %, а летальність — 1,1 %. Показанням до операції служить наявність в сальниковій сумці, за даними сонографії, рідинного утворення обсягом понад 50 мл.

При гострих асептичних рідинних скупченнях в заочеревинній клітковині пункційно-дренуючі операції ефективні лише в пацієнтів зі скупченням вільної рідини в заочеревинній клітковині (обсягом понад 100 мл). При асептичних рідинних скупченнях в заочеревинній клітковині у вигляді поширеної інфільтрації парапанкреальної і паракольної клітковини перевагу слід надавати розкриттю, ревізії та дренуванню заочеревинної клітковини поперековим позаочеревинним доступом.

Показанням до операції служать як дані сонографії, так і клінічні дані: явна інфільтрація і болі в поперековій ділянці, підвищення температури тіла до 38 °С і більше. Необхідність виконання операції виникає в більшості випадків на 4–6-ту добу хвороби. Слід зазначити, що люмботомія в більшості випадків у процесі лікування передбачає виконання етапних ревізій та санацій (секвестректомія) заочеревинної клітковини. Їх частота і кількість визначаються станом заочеревинної клітковини, наявністю секвестрів і зон, що не дренуються.

За нашими даними, частота гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у вигляді скупчення вільної рідини в заочеревинній клітковині становить 25 %, а у вигляді поширеної інфільтрації парапанкреальної і паракольної клітковини — 75 %.

Застосування як стартової емпіричної антибактеріальної терапії карбапенемів (іміпенему-циластатину, меропенему) в поєднанні з нестероїдними протизапальними препаратами (лорноксикамом) дозволило при гострих асептичних рідинних скупченнях у сальниковій сумці знизити частоту розвитку інфікованого панкреатиту (абсцесу сальникової сумки) з 8,3 до 1,8 %, а летальність — з 2,8 до 0 %. При гострих асептичних рідинних скупченнях в заочеревинній клітковині частота розвитку інфікованого панкреатиту (флегмони заочеревинної клітковини) знизилася з 63,6 до 11,8 %, а летальність — з 18,2 до 0 %. Загалом у 1-й групі гнійні ускладнення розвинулися у 3 (1,8 %) хворих, померли — 2 (1,2 %), у 2-й групі ці показники становили 10 (12,5 %) і 4 (5 %) відповідно.

Висновки. Поліпшенню результатів лікування гострого асептичного некротичного панкреатиту сприяє диференційований підхід до вибору способу й обсягу хірургічного втручання, що залежить від локалізації і характеру гострого асептичного рідинного скупчення. Включення в комплекс консервативних заходів при гострому асептичному некротичному панкреатиті як стартової антибактеріальної терапії карбапенемів (іміпенему-циластатину і меропенему) в поєднанні з нестероїдними протизапальними препаратами (лорноксикамом) дозволяє у 3,2 раза зменшити частоту розвитку гострих асептичних рідинних скупчень у сальниковій сумці і заочеревинній клітковині, у 6,9 раза — частоту гнійних ускладнень і в 4,2 раза — летальність.

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, парапанкреатичний інфільтрат, тактика лікування.

Kondratenko P.G., Dzhansyz I.N.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

THERAPEUTIC APPROACH FOR PARAPANCREATIC INFILTRATE IN PATIENTS WITH ACUTE ASEPTIC NECROTIZING PANCREATITIS

Summary. Patients and Methods. We analyzed treatment outcomes for 251 patients with acute nonbiliary aseptic necrotizing pancreatitis and parapancreatic infiltrate who were treated at the clinic from 2006 to 2013. The age of the patients varied from 21 to 84 years old. 142 (56.6 %) were men, and 109 (43.4 %) were women. 120 (47.8 %) people were admitted 24 hours after the first signs of the disease, 50 (19.9 %) — after 25–72 hours and 81 (32.3 %) — after 72 hours. The cause of acute necrotic pancreatitis was unvaried nutrition (excessive intake of fat food) in 158 (62.9 %) patients, and excessive alcohol or its substitute intake in 93 (37.1 %) patients. The ultrasound was used for the acute necrotic pancreatitis and its complications examination. According to the sonography less than 30 % of pancreas necrosis was detected with 55 (21.9 %) patients, 30–50 % with 177 (70.5 %) patients and more than 50 % with 19 (7.6 %) patients.

The Results and Consideration. Analysis of the data shows that the complex intensive therapy allows 24.7 % of patients with acute necrotizing pancreatitis aseptic achieve full recourse parapancreatic infiltration without forming liquid collectors. However, when used as a starting empirical antibiotic therapy carbapenems (imipenem-cilastatin, meropenem) in combination with non-steroidal anti-inflammatory drugs (lornoxicam), the figure was 31.6 %, while the use of other non-steroidal anti-inflammatory antibiotics without drugs only 10 %.

Among the complications of acute necrotizing pancreatitis aseptic enzymatic peritonitis observed in 41.1 % of patients, acute aseptic fluid accumulation in the packing bag — 49.2 %, acute aseptic fluid accumulation in the retroperitoneal fat — in 14.8 %, and a combination of acute aseptic liquid accumulations in the packing bag and retroperitoneal fat — 1.1 %.

In 77.8 % of patients develop enzymatic peritonitis was the only manifestation of acute necrotizing pancreatitis, which will limit the drainage of the abdominal cavity by laparoscopy or laparocentesis along and conduct complex conservative therapy. Other complications of acute necrotizing pancreatitis in these patients have not been observed, indicating a more favorable course of illness in patients with enzymatic peritonitis. In 18.2 % of patients had a combination of enzymatic peritonitis with acute aseptic liquid accumulations in the packing bag and/or retroperitoneal fat, which required further perform other surgical procedures.

In acute aseptic liquid clusters in the packing bag is the use of highly puncture — draining operations. The incidence of suppurative complications was 4.4 % and the mortality rate — 1.1 %. Indication for surgery is the presence in the packing bag according liquid sonography educa-

tion of more than 50 ml. In acute aseptic liquid clusters in the retroperitoneal fat puncture — drainage operations are effective only in patients with the accumulation of free fluid in the retroperitoneal fat (over 100 ml). Under aseptic liquid clusters in the retroperitoneal fat in the form of widespread infiltration parapancreatic retroperitoneal fiber and preference should be given autopsy, audit and drainage of retroperitoneal fat lumbar extraperitoneal access.

Indication for surgery are as sonography data and clinical data: Explicit infiltration and pain in the lumbar region, increase in body temperature to 38 °C or more. The necessity of the operation occurs in most cases by 4–6 days of illness. It should be noted that in most cases lumbotomy in the treatment process includes a number of landmark audits and remediation (sequestrectomy) retroperitoneal fat. Their frequency and amount determined by the state of the retroperitoneal fat, the presence of seizures and non-draining areas. According to our data, the frequency of acute aseptic parapancreatic liquid accumulations in the form of accumulation of free fluid in the retroperitoneal fat is 25 %, and in the form of widespread infiltration of parapancreatic and retroperitoneal fat — 75 %.

Use as a starting empirical antibiotic therapy carbapenems (imipenem-cilastatin, meropenem) in combination with anti-inflammatory non-steroidal drugs (lornoxicam) allowed in acute aseptic liquid clusters in the packing bag to reduce the incidence of infected pancreatitis (omental abscess) from 8.3 to 1.8 %, and the mortality rate from 2.8 to 0 %. In acute aseptic liquid clusters in the retroperitoneal fat incidence of infected pancreatitis (retroperitoneal fat phlegmon) decreased from 63.6 to 11.8 %, and the mortality rate from 18.2 to 0 %. In general, group 1 suppurative complications occurred in 3 (1.8 %) patients died — 2 (1.2 %) in group 2, these figures were — 10 (12.5 %) and 4 (5 %).

Conclusion. Improve the results of treatment of acute necrotizing pancreatitis aseptic promotes a differentiated approach to the choice of method and volume of surgical intervention, depending on the location and nature of acute aseptic liquid accumulation. Inclusion of conservative measures in acute aseptic necrotic pancreatitis as a starting antibiotic therapy carbapenems (imipenem-cilastatin and meropenem) in combination with non-steroidal anti-inflammatory drugs (lornoxicam) allows 3.2 times reduce the incidence of acute aseptic liquid accumulations in omental and retroperitoneal fat, 6.9 times — the frequency of septic complications and 4.2 times — mortality.

Key words: acute necrotizing pancreatitis, parapancreatic infiltrate, therapeutic approach.