

УДК 616.37-002-002.4-021-036.11-036.1-089

КОНДРАТЕНКО П.Г., ДЖАНСЫЗ И.Н., КОНДРАТЕНКО А.П.

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

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НЕБИЛИАРНЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Резюме.** Цель исследования — изучить частоту развития осложнений острого панкреатита и разработать тактику хирургического лечения в зависимости от длительности заболевания.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 284 пациентов с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом, 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 г.

Мужчин было 160 (56,3 %), женщин — 124 (43,7 %). В возрасте 21–40 лет было 85 (29,9 %) пациентов, 41–60 лет — 148 (52,1 %), 61–80 лет — 40 (14,1 %), а 81 года и старше — 11 (3,9 %).

У 179 (63 %) больных причиной острого некротического панкреатита было одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи), а у 105 (37 %) — прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов.

В течение первых 24 ч от момента заболевания поступило 136 (47,9 %) больных, в течение 25–72 ч — 56 (19,7 %), позднее 72 ч — 92 (32,4 %). По данным ультразвукового исследования ограниченный панкреонекроз выявлен у 59 (20,8 %) больных, распространенный — у 204 (71,8 %), субтотально-тотальный — у 21 (7,4 %).

**Результаты и обсуждение.** Анализ полученных данных позволил установить, что в первые сутки от начала острого панкреатита за медицинской помощью обращается 47,9 % пациентов, а в более поздние сроки — 52,1 %. При этом позднее 72 ч от появления первых признаков болезни обращается практически треть (32,4 %) пациентов.

Комплексная консервативная терапия, включающая нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики широкого спектра действия, антисекреторные средства и т.д., позволила избежать развития острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений у 44,1 % пациентов, поступивших в течение первых суток от начала заболевания, и лишь у 12,5 % — при длительности заболевания от 25 до 72 ч. При длительности заболевания более 72 ч у всех пациентов развились острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления.

Среди пациентов, поступивших в течение первых суток от начала заболевания, ферментативный перитонит без образования других жидкостных скоплений в брюшной полости отмечен у 68 % пациентов, острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит), включая ферментативный перитонит, выявлены у 24 %, а острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке, включая ферментативный перитонит, выявлены у 8 %. У пациентов, поступивших в течение 25–72 ч от появления первых признаков острого панкреатита, эти показатели составили соответственно 33,3; 47,9; 18,8 %, а у пациентов, поступивших позднее 72 ч от начала болезни, — 4,7; 72,1; 23,2 %.

Частота развития гнойных осложнений у пациентов, поступивших в течение первых 24 ч от начала заболевания, составила 1,5 %, у поступивших в течение 25–72 ч — 3,6 %, а у поступивших позднее 72 ч — 16,3 %. Послеоперационная летальность у пациентов, поступивших в течение 24 ч от появления первых признаков острого панкреатита, составила 2,2 %, у поступивших в течение 25–72 ч — 3,6 %, а у поступивших позднее 72 ч — 4,4 %. При этом если у пациентов, поступивших в течение первых трех суток от начала заболевания, наиболее частой причиной смерти является эндотоксический шок (у 4 из 5), то у пациентов, поступивших позднее 72 ч, — сепсис (у 3 из 4).

**Заключение.** Приведенные данные свидетельствуют о том, что более половины пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом поступают позднее 24 ч от начала заболевания, а практически треть — позднее 72 ч. Чем в более поздние сроки от начала болезни поступают пациенты, тем менее эффективна комплексная консервативная терапия, направленная на предотвращение развития острых асептических жидкостных скоплений в брюшной полости, тем реже встречается ферментативный перитонит, тем больше частота развития острых асептических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке, прежде всего в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки. С увеличением длительности заболевания возрастает вероятность развития гнойных осложнений острого некротического панкреатита и выше летальность. Наиболее высокие показатели частоты гнойных осложнений и летальности отмечены у пациентов, поступающих позднее 72 ч от появления первых признаков заболевания.

**Ключевые слова:** острый некротический панкреатит, длительность заболевания, тактика лечения.

© Кондратенко П.Г., Джансыз И.Н.,

Кондратенко А.П., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Частота заболеваемости острым панкреатитом в Украине в среднем составляет 60–70 случаев на 100 000 населения, а послеоперационная летальность остается более 20 % [1, 3]. При этом в структуре заболеваемости острым панкреатитом увеличивается число деструктивных форм [4].

Сложности в лечении больных с острым панкреатитом обусловлены рядом проблем, а именно: большим числом причин, которые способствуют возникновению данного заболевания, сложностью патогенеза, недостаточной разработкой методов диагностики форм и осложнений данной патологии, иногда непредвиденным течением воспалительного процесса, вплоть до развития полиорганной недостаточности [2, 5].

В настоящее время лечение больных с острым панкреатитом представляет собой актуальную проблему, что обусловлено ростом заболеваемости и достаточно высокой летальностью как во всем мире, так и в Украине. При этом, по данным ряда авторов, летальность в основном зависит от распространенности панкреонекроза и давности заболевания [6].

**Цель исследования** — изучить частоту развития осложнений острого панкреатита и разработать тактику хирургического лечения в зависимости от давности заболевания.

## Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 284 пациентов с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом, 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 г.

Мужчин было 160 (56,3 %), женщин — 124 (43,7 %). В возрасте 21–40 лет было 85 (29,9 %) пациентов, 41–60 лет — 148 (52,1 %), 61–80 лет — 40 (14,1 %), а 81 года и старше — 11 (3,9 %).

У 179 (63 %) больных причиной острого некротического панкреатита было одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи), а у 105 (37 %) — прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов.

В течение первых 24 ч от момента заболевания поступило 136 (47,9 %) больных, в течение 25–72 ч — 56 (19,7 %), позднее 72 ч — 92 (32,4 %). По данным ультразвукового исследования ограниченный панкреонекроз выявлен у 59 (20,8 %) больных, распространенный — у 204 (71,8 %), субтотально-тотальный — у 21 (7,4 %).

При поступлении в клинику все пациенты с острым асептическим некротическим панкреатитом ввиду тяжести заболевания и состояния больных сразу госпитализированы в отделение интенсивной терапии. Всем пациентам в обязательном порядке 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, при необходимости респираторную поддержку, коррекцию нарушений гемокоагуляции и профилактику тромбоза глубоких вен.

## Результаты и обсуждение

Из 136 (47,9 %) пациентов, обратившихся за медицинской помощью в течение первых 24 ч от начала заболевания, у 60 (44,1 %) больных комплексная консервативная терапия позволила избежать развития острых асептических жидкостных скоплений. Эти пациенты были выписаны на амбулаторное лечение.

Острые асептические жидкостные скопления развились у 75 (55,2 %) пациентов. Ферментативный перитонит выявлен у 51 (68 %) пациента. Всем этим пациентам в течение ближайших 4–6 часов от момента поступления выполнено дренирование брюшной полости (лапароскопия или лапароцентез). У 39 (76,5 %) пациентов не потребовалось выполнения каких-либо дополнительных хирургических вмешательств. В среднем через 10–15 суток они были выписаны на амбулаторное лечение. У 12 (23,5 %) пациентов в последующем развились острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке (у 10 пациентов) и забрюшинной клетчатке (у 2 пациентов). В целом в данной подгруппе умерли 3 (5,9 %) пациента, причиной смерти явился эндотоксический шок.

Острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке развились у 18 (24 %) пациентов. Всем им выполнена пункция и дренирование сальниковой сумки под контролем ультразвука, в том числе 10 пациентам на начальном этапе лечения выполнены лапароскопия или лапароцентез и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. Абсцесс сальниковой сумки развился у 1 (5,6 %) пациента, что потребовало дополнительного дренирования гнойника под контролем ультразвука. Летальных исходов в данной подгруппе не было.

Острые асептические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке развились у 6 (8 %) пациентов, в том числе 2 пациентам на начальном этапе лечения выполнены лапароскопия или лапароцентез и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. Пункция и дренирование забрюшинной клетчатки под контролем ультразвука выполнены 5 пациентам, в том числе у 1 пациента в последующем возникла необходимость выполнить лапаротомию, оментобурсостомию для удаления секвестров достаточно больших размеров, располагающихся в области головки поджелудочной железы. У 1 пациента выполнена люмботомия по поводу острого асептического жидкостного скопления в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки. На начальном этапе лечения данному пациенту выполнена чрескожная

чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем ультразвука (ЧМХС) по поводу билиарной гипертензии. Флегмона забрюшинной клетчатки развилась у 1 (16,7 %) пациента. Летальных исходов в данной подгруппе не было.

Билиарная гипертензия диагностирована у 1 (0,7 %) пациента, которому в течение 24 ч от момента госпитализации выполнена ЧМХС. В дальнейшем комплексная консервативная терапия оказалась эффективной, исход благоприятный.

В целом в данной группе частота гнойных осложнений составила 1,5 % (2 пациента), а летальность — 2,2 % (3 пациента). При этом умершие пациенты находились в клинике от 20 мин до 2 суток. Причиной смерти явился эндотоксический шок в связи с практически тотальным некрозом поджелудочной железы.

В течение 25–72 ч от начала заболевания обратились за медицинской помощью 56 (19,7 %) пациентов. Комплексная консервативная терапия позволила лишь у 7 (12,5 %) больных избежать развития острых асептических жидкостных скоплений. Эти пациенты были выписаны на амбулаторное лечение.

Острые асептические жидкостные скопления развились у 48 (85,7 %) пациентов. Ферментативный перитонит выявлен у 16 (33,3 %) пациентов. Всем им в течение ближайших 4–6 часов от момента госпитализации выполнено дренирование брюшной полости (лапароскопия или лапароцентез), в том числе 1 пациенту выполнена ЧМХС по поводу билиарной гипертензии. У 12 (76,5 %) пациентов не потребовалось выполнения каких-либо дополнительных хирургических вмешательств. В среднем через 10–15 суток они были выписаны на амбулаторное лечение. У 4 (25 %) пациентов в последующем развились острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке (у 2 пациентов) и забрюшинной клетчатке (у 2 пациентов). В целом в данной подгруппе умер 1 (6,3 %) пациент, причиной смерти явился эндотоксический шок.

Острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке развились у 23 (47,9 %) пациентов. Всем им выполнена пункция и дренирование сальниковой сумки под контролем ультразвука, в том числе 2 пациентам на начальном этапе лечения выполнены лапароскопия или лапароцентез и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. В последующем 2 пациентам выполнена ЧМХС по поводу билиарной гипертензии, 2 — лапаротомия, оментобурсостомия для удаления секвестров достаточно больших размеров и 1 — пункция и дренирование забрюшинной клетчатки по поводу острого асептического скопления. Абсцесс сальниковой сумки развился у 1 (4,4 %) пациента, что потребовало дополнительного дренирования гнойника под контролем ультразвука. Летальных исходов в данной подгруппе не было.

Острые асептические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке развились у 9 (18,8 %) пациентов, в том числе 2 пациентам на начальном этапе

лечения выполнены лапароскопия или лапароцентез и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. Пункция и дренирование забрюшинной клетчатки под контролем ультразвука выполнены 5 пациентам. Люмботомия и дренирование острых асептических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфльтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки выполнены 4 пациентам. Флегмона забрюшинной клетчатки развилась у 1 (11,1 %) пациента. Умер 1 (11,1 %) пациент, причиной смерти явился сепсис.

Билиарная гипертензия диагностирована у 1 (1,8 %) пациента, которому в течение 24 ч с момента поступления выполнена ЧМХС. В дальнейшем комплексная консервативная терапия оказалась эффективной, исход благоприятный.

В данной группе частота развития гнойных осложнений составила 3,6 % (2 пациента), а летальность — также 3,6 % (2 пациента). Причинами смерти явились эндотоксический шок (1 пациент) и сепсис (1 пациент).

С длительностью заболевания более 72 ч госпитализировано 92 (32,4 %) пациента. Острые асептические жидкостные скопления развились у 86 (93,5 %) пациентов. Ферментативный перитонит выявлен у 4 (4,7 %) пациентов. Всем им в течение ближайших 4–6 часов от момента госпитализации выполнено дренирование брюшной полости (лапароскопия или лапароцентез). У 2 (50 %) пациентов не потребовалось выполнения каких-либо дополнительных хирургических вмешательств. В среднем через 10–15 суток они были выписаны на амбулаторное лечение. У 2 (50 %) пациентов в последующем развились острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке (у 1 пациента) и забрюшинной клетчатке (у 1 пациента). Летальных исходов в данной подгруппе не было.

Острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке развились у 62 (72,1 %) пациентов. На начальном этапе лечения 1 пациенту выполнена лапароскопия или лапароцентез и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. Пункция и дренирование сальниковой сумки под контролем ультразвука выполнены 60 (96,8 %) пациентам. Лапаротомия, оментобурсостомия для удаления секвестров достаточно больших размеров выполнены 2 (3,2 %) пациентам. Абсцесс сальниковой сумки развился у 3 (4,8 %) пациентов. Умер 1 (1,6 %) пациент, причиной смерти явился сепсис.

Острые асептические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке развились у 20 (23,2 %) пациентов, в том числе 1 пациенту на начальном этапе лечения выполнены лапароскопия или лапароцентез и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. Пункция и дренирование забрюшинной клетчатки под контролем ультразвука выполнены 15 пациентам. В последующем у 9 пациентов возникла необходимость выполнения люмботомии и дренирования острых асептических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке. Люмботомия и



дренирование парапанкреальной и паракольной клетчатки выполнены 5 пациентам. Флегмона забрюшинной клетчатки развилась у 12 (60 %) пациентов. Умерли 2 (10 %) пациента, причиной смерти явился сепсис.

Билиарная гипертензия диагностирована у 4 (4,4 %) пациентов, которым в течение 24 ч с момента поступления выполнена ЧЧМХС. В дальнейшем комплексная консервативная терапия оказалась эффективной, исход благоприятный.

По поводу кровотечения в свободную брюшную полость и в полость гигантской панкреатической псевдокисты оперировано 2 (1,4 %) пациента. Причиной кровотечения явилась аррозия селезеночной артерии. В обоих случаях выполнена лапаротомия, остановка кровотечения. Умер 1 пациент, причиной смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность.

В данной группе частота развития гнойных осложнений составила 16,3 % (15 пациентов), а летальность — 4,4 % (4 пациента). Причинами смерти явились сепсис (3 пациента) и кровотечение в свободную брюшную полость в связи с аррозией селезеночной артерии.

Таким образом, анализ полученных данных позволил установить, что в первые сутки от начала острого панкреатита за медицинской помощью обращается 47,9 % пациентов, а в более поздние сроки — 52,1 %. При этом позднее 72 ч от появления первых признаков болезни обращается практически треть (32,4 %) пациентов.

Комплексная консервативная терапия, включающая нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики широкого спектра действия, антисекреторные средства и т.д., позволила избежать развития острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений у 44,1 % пациентов, поступивших в течение первых суток от начала заболевания, и лишь у 12,5 % — при длительности заболевания от 25 до 72 ч. При длительности заболевания более 72 ч у всех пациентов развились острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления.

Среди пациентов, поступивших в течение первых суток от начала заболевания, ферментативный перитонит без образования других жидкостных скоплений в брюшной полости отмечен у 68 % пациентов, острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит), включая ферментативный перитонит, выявлены у 24 %, а острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке, включая ферментативный перитонит, выявлены у 8 %. У пациентов, поступивших в течение 25–72 ч от появления первых признаков острого панкреатита, эти показатели составили соответственно 33,3; 47,9; 18,8 %, а у пациентов, поступивших позднее 72 ч от начала болезни, — 4,7; 72,1; 23,2 %.

Частота развития гнойных осложнений у пациентов, поступивших в течение первых 24 ч от начала заболевания, составила 1,5 %, у поступивших в течение 25–72 ч — 3,6 %, а у поступивших позднее

72 ч — 16,3 %. Послеоперационная летальность у пациентов, поступивших в течение 24 ч от появления первых признаков острого панкреатита, составила 2,2 %, у поступивших в течение 25–72 ч — 3,6 %, а у поступивших позднее 72 ч — 4,4 %. При этом если у пациентов, поступивших в течение первых трех суток от начала заболевания, наиболее частой причиной смерти является эндотоксиновый шок (у 4 из 5), то у пациентов, поступивших позднее 72 ч, — сепсис (у 3 из 4).

## Выводы

1. Более половины пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом поступают позднее 24 ч от начала заболевания, а практически треть — позднее 72 ч.

2. Чем в более поздние сроки от начала болезни поступают пациенты, тем менее эффективна комплексная консервативная терапия, направленная на предотвращение развития острых асептических жидкостных скоплений в брюшной полости, тем реже встречается ферментативный перитонит, тем больше частота развития острых асептических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке, прежде всего в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки.

3. С увеличением длительности заболевания возрастает вероятность развития гнойных осложнений острого некротического панкреатита и выше летальность. Наиболее высокие показатели частоты гнойных осложнений и летальности отмечены у пациентов, поступающих позднее 72 ч от появления первых признаков заболевания.

## Список литературы

1. Опыт лечения тяжелой формы острого панкреатита / Васильченко С.Л., Плетень В.А., Коник Ю.М. [и др.] // Медицина неотложных состояний. — 2010. — № 5. — С. 23–24.
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. Хирургическое лечение острого небиллярного асептического некротического панкреатита / Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Джансыз И.Н. // Український журнал хірургії. — 2010. — № 1. — С. 58–64.
4. Fogel E.L. Endoscopic pancreatic necrosectomy / Fogel E.L. // *Gastrointest. Surg.* — 2011. — № 15. — 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. — P. 1254–1263.
6. Schütte K. Markers for predicting severity and progression of acute pancreatitis / Schütte K., Malfertheiner P. // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* — 2008. — № 22. — P. 75–90.

Получено 05.05.14 ■

Кондратенко П.Г., Джансиз І.М., Кондратенко А.П.  
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк, Україна

### ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ НЕБІЛІАРНИМ АСЕПТИЧНИМ НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

**Резюме.** Мета дослідження — вивчити частоту розвитку ускладнень гострого панкреатиту та розробити тактику хірургічного лікування залежно від тривалості захворювання.

**Матеріал та методи.** Проаналізовано результати лікування 284 пацієнтів із гострим небіліарним асептичним некротичним панкреатитом, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії та ендоскопії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького на базі центральної міської клінічної лікарні № 16 м. Донецька з 2006 по 2013 р. Чоловіків було 160 (56,3 %), жінок — 124 (43,7 %). Віком 21–40 років було 85 (29,9 %) пацієнтів, 41–60 років — 148 (52,1 %), 61–80 років — 40 (14,1 %), а 81 року і старше — 11 (3,9 %).

У 179 (63 %) хворих причиною гострого некротичного панкреатиту було одностороннє харчування (надлишковий прийом переважно жирної їжі), а у 105 (37 %) — прийом алкоголю (алкогольний ексцес) або його сурогатів.

Протягом перших 24 год від моменту захворювання надійшло 136 (47,9 %) хворих, протягом 25–72 год — 56 (19,7 %), пізніше 72 год — 92 (32,4 %). За даними ультразвукового дослідження обмежений панкреонекроз виявлений у 59 (20,8 %) хворих, поширений — у 204 (71,8 %), субтотально-тотальний — у 21 (7,4 %).

**Результати та обговорення.** Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що в першу добу від початку гострого панкреатиту за медичною допомогою звертається 47,9 % пацієнтів, а в більш пізні терміни — 52,1 %. При цьому пізніше 72 год від появи перших ознак хвороби звертається практично третина (32,4 %) пацієнтів. Комплексна консервативна терапія, що включає нестероїдні протизапальні засоби, антибіотики широкого спектра дії, антисекреторні засоби тощо, дозволила уникнути розвитку гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у 44,1 % пацієнтів, які надійшли протягом першої доби від початку захворювання, і лише у 12,5 % — при тривалості захворювання від 25 до 72 год. При тривалості захворювання більше 72 год у всіх пацієнтів розвинулися гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення. Серед пацієнтів, які надійшли протягом першої доби від початку захворювання, ферментативний перитоніт без утворення інших рідинних скупчень в черевній порожнині

відзначений у 68 % пацієнтів, гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в сальниковій сумці (оментобурсит), включаючи ферментативний перитоніт, виявлені у 24 %, а гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в заочеревинній клітковині, включаючи ферментативний перитоніт, виявлені у 8 %. У пацієнтів, які надійшли протягом 25–72 год від появи перших ознак гострого панкреатиту, ці показники склали відповідно 33,3; 47,9; 18,8 %, а у пацієнтів, які надійшли пізніше 72 год від початку хвороби, — 4,7; 72,1; 23,2 %. Частота розвитку гнійних ускладнень у пацієнтів, які надійшли протягом перших 24 годин від початку захворювання, склала 1,5 %, протягом 25–72 год — 3,6 %, а у тих, які надійшли пізніше 72 год, — 16,3 %. Післяопераційна летальність у пацієнтів, які надійшли протягом 24 год від появи перших ознак гострого панкреатиту, склала 2,2 %, які надійшли протягом 25–72 год — 3,6 % і пізніше 72 год — 4,4 %. При цьому якщо у пацієнтів, які надійшли протягом перших трьох діб від початку захворювання, найбільш частою причиною смерті є ендотоксинний шок (у 4 з 5), то у пацієнтів, що надійшли пізніше 72 год, — сепсис (у 3 з 4).

**Висновок.** Наведені дані свідчать про те, що більше половини пацієнтів з гострим асептичним некротичним панкреатитом надходять пізніше 24 годин від початку захворювання, а практично третина — пізніше 72 год. Чим у більш пізні терміни від початку хвороби надходять пацієнти, тим менш ефективна комплексна консервативна терапія, спрямована на запобігання розвитку гострих асептичних рідинних скупчень у черевній порожнині, тим рідше зустрічається ферментативний перитоніт, тим більше частота розвитку гострих асептичних рідинних скупчень у забрюшинній клітковині, насамперед у вигляді поширеної інфільтрації парапанкреальної і паракольної клітковини. При збільшенні тривалості захворювання зростає ймовірність розвитку гнійних ускладнень гострого некротичного панкреатиту та летальності. Найбільш високі показники частоти гнійних ускладнень і летальності відзначені у пацієнтів, які надходять пізніше 72 год від появи перших ознак захворювання.

**Ключові слова:** гострий некротичний панкреатит, тривалість захворювання, тактика лікування.

Kondratenko P.G., Dzhanysz I.N., Kondratenko A.P.  
Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

### TREATMENT REGIMEN IN PATIENTS WITH ACUTE NON-BILIARY ASEPTIC NECROTIC PANCREATITIS DEPENDING ON DURATION OF THE DISEASE

**Summary.** Objective of the research — to study the incidence of acute pancreatitis complications and to develop treatment depending on duration of the disease.

**Material and Methods.** The analysis included 284 patients with acute non-biliary aseptic necrotic pancreatitis. All the patients had inpatient treatment in the endoscopy and surgery clinic of Donetsk National Medical University named after M. Gorky based on the Donetsk city clinical hospital № 16 from 2006 to 2013.

The men were 160 (56.3 %), women — 124 (43.7 %). 85 (29.9 %) were patients aged 21–40, 148 (52.1 %) — aged 41–60, 40 (14.1 %) — aged 61–80, and 11 (3.9 %) — aged 81 and older.

In 179 (63 %) patients acute necrotic pancreatitis was caused by unvaried diet (an excessive intake of fat food mainly), and in 105 (37 %) — excessive alcohol or its substitute intake.

During first 24 hours from the disease onset 136 (47.9 %) of the patients were admitted, during 25–27 hours — 56 (19.7 %), and after

72 hours — 92 (32.4 %). The ultrasound investigation detected limited pancreatonecrosis in 59 (20.8 %) of the patients, and extensive — in 204 (71.8 %), subtotal-total — in 21 (7.4 %).

**Results and Discussion.** The analysis of the study shows that 47.9 % of the patients seek for medical help during the first day from the onset of the disease, later — 52.1 %. One third of the patients (32.4 %) address later than 72 hours after the first symptoms of the disease.

Complex conservative treatment, including non-steroidal anti-inflammatory drugs, broad range antibiotics, antiseptory agents and others helped to avoid developing acute aseptic parapancreatic liquid accumulations in 44.1 % of the patients admitted during the first day of the disease onset, and only in 12.5 % — at duration of the disease from 25 to 72 hours. With the disease duration more than 72 hours all the patients had acute aseptic parapancreatic liquid accumulations.

68 % patients admitted during the first day of the disease had enzymatic peritonitis without other liquid accumulations in abdominal cavity, 24 % had acute parapancreatic liquid accumulations in omental bursa, including enzymatic peritonitis, 8 % of the patients had acute aseptic parapancreatic liquid accumulations in retroperitoneal tissue, including enzymatic peritonitis. The patients admitted during 25–72 hours after the first symptoms of acute pancreatitis these rates were correspondingly 33.3, 47.9 and 18.8 %. The patients admitted after 72 hours of the disease onset — 4.7, 72.1 and 23.2 %.

The incidence of suppurative complications in the patients admitted during 24 hours after the disease onset was 1.5 %, in those admitted during 25–72 hours — 3.6 %, and in those admitted after 72 hours — 16.3 %. Postoperative lethality in patients admitted during 24 hours after the first symptoms of the acute pancreatitis was 2.2 %, in those admitted during 25–72 hours — 3.6 %, and in those admitted after 72 hours — 4.4 %. The most frequent cause of death in the patients admitted during the first three days after the disease onset was endotoxin shock (4 patients out of 5), and in those admitted after 72 hours — sepsis (3 out of 4).

**Conclusion.** The research proves that more than a half of the patients with acute aseptic necrotic pancreatitis address a doctor after 24 hours after the disease onset, and one third — after 72 hours. The complex conservative treatment was orientated at avoiding developing of acute aseptic liquid accumulations in abdominal cavity. The later after the disease onset the patients were admitted, the less effective was the complex conservative treatment, the less frequent was enzymatic peritonitis, and the more frequent was developing of acute aseptic liquid accumulations in retroperitoneal tissue as extensive infiltration of parapancreatic and paracolic fiber. The longer the duration of the disease the more frequent probability of development of suppurative complications of acute necrotic pancreatitis and the lethality increases. The most frequent suppurative complications and lethality was detected in the patients admitted after 72 hours after the first symptoms of the disease.

**Key words:** acute necrotic pancreatitis, duration of the disease, treatment.