

УДК 616.37-002.36-089

© О.О. ВАСИЛЬЄВ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Лікування парапанкреатичної флегмони

О.О. VASYLYEV

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

TREATMENT OF PERIPANCREATIC FLEGMONS

Наведено аналіз лікування 50 хворих на некротичний панкреатит, ускладнений парапанкреатичною флегмоною. Хворі поділені на дві групи. У групі хворих, пролікованих за сучасною тактикою, в основі якої застосовані сонографічна оцінка змін у парапанкреатичній клітковині та етапні міні-інвазивні хірургічні втручання, післяопераційна летальність склала 14,3 %. Рання сонографічна діагностика ускладнень гострого панкреатиту та етапні міні-інвазивні хірургічні втручання визначають напрямок до поліпшення результатів лікування хворих на некротичний панкреатит.

The analysis of 50 patients treatment of necrotizing pancreatitis, complicated with peripancreatic fleghmon is given. The patients have been divided into two groups. In the group where patients, have been treated with application of tactics, basis of which is estimation of changes in retroperitoneum space and are applied miniinvasive surgical intervention, mortality after surgery has been 14,3 %. Early ultrasound diagnostics of complications acute pancreatitis and miniinvasive of surgical intervention determine a way to improvement of results of treatment of the patients with necrotizing pancreatitis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Флегмона заочеревинної клітковини, мабуть, найгрізніше ускладнення некротичного панкреатиту, яке майже завжди поєднується із сепсисом. Якраз парапанкреатична флегмона частіше всього є основною причиною післяопераційних летальних випадків при некротичному панкреатиті (НП). Сучасна хірургічна тактика при даному ускладненні остаточно не вирішена. Розповсюдження міні-інвазивних технологій та вдосконалення традиційних хірургічних методів лікування панкреатичної флегмони (ПФ) визначили тенденцію до зниження летальності при цьому ускладненні НП [1–6]. Якщо в першій фазі захворювання відбувається інфільтрація активованими панкреатичними ферментами парапанкреатичної клітковини (парапанкреатичний інфільтрат) із послідовним її некрозом, то приєднання інфекції у другій фазі призводить до гнійного розплавлення некротизованої клітковини і формування флегмони. Розгерметизація протокової системи підшлункової залози приводить до підвищення тиску в парапанкреатичній клітковині, що сприяє поширенню зони інфільтрації [4]. Геморагічний НП частіше ускладнюється ПФ. Чітко визначено, що хірургічна тактика та успіх лікування при ПФ перш за все залежать від результатів візуальної діагностики та їх інтерпретації.

Мета роботи: вивчити ефективність міні-інвазивних та традиційних хірургічних втручань у лікуванні парапанкреатичної флегмони. Визначити тактичні напрямки у лікувальній тактиці при ПФ.

Матеріали і методи. У роботі проаналізовані результати лікування 50 хворих на НП, ускладнений ПФ, пролікованих у клініці за періоди з 1979 до 1998 р. і з 1999 до 2010 р. У першій групі (36 хворих) при НП, ускладненому ПФ, виконали лапаротомії (28), лапаротомії із синхронною люмботомією (8). Операції доповнювали холецистостомією, ентеростомією. Показання до операції визначали клінічними та лабораторними проявами ускладнень НП (інфільтрація м'яких тканин бокової стінки живота, ензимні плями на шкірі, наростання парезу кишечника, прогресування синдрому загальної запальної реакції, зростання лейкоцитарного індексу інтоксикації та ін.). У другій групі (14 хворих) показання до операції визначали сонографічними даними за формування ПФ. Дренуючі операції під ультразвуковим (УЗ) контролем виконували під місцевим знеболюванням та седацією хворого. Використовували методику “вільної руки”, стилет-дренажі “pig tail”. При дренуванні парапанкреатичної клітковини користувалися двома дренажами діаметром 9F або 5-міліметровими операційними троакарами. Дренуючі операції під УЗ-контролем у період 2004–2010 рр. виконували в день виявлення рідинного скупчення у вогнищі парапанкреатичної інфільтрації (анехогенні або гіпоехогенні включення у вигляді сотового просочування, або у вигляді смуг щільної, овальної форми). У всіх пацієнтів другої групи при госпіталізації було визначено тяжкий клінічний перебіг гострого панкреатиту (ГП). Лікування цих хворих починали у відділенні інтенсивної терапії. Ста-

тистичний аналіз проведений із застосуванням табличного процесора Microsoft Excel. У другій групі хворих комплекс терапії включав: багатокомпонентну інфузійну терапію, антибактеріальне лікування (АБТ), пролонговане епідуральне знеболювання, ентеральне харчування. Сонографічний моніторинг проводили кожну другу добу або при погіршенні лабораторних показників (прогресування маркерів ССЗВ). Показаннями до відкритих дренажних операцій були: неефективність черезшкірного дренажу заочеревинної клітковини (зростання рідинного компонента поза вогнищем дренажу, поширення зони інфільтрації). Об'єм ураження (некрозу) підшлункової залози визначаємо за класифікацією Mayo.

Результати досліджень та їх обговорення.

Летальність у першій групі хворих склала 58,3 %. Після операцій помер 21 хворий. Причинами смерті були сепсис (13), арозивна кровотеча (5), гостра серцева-судинна недостатність (3).

У другій групі (14 хворих) ПФ уражала заочеревинну клітковину зліва у 9 хворих (64,3 %), справа – у 2 (14,3 %), з двох боків – у 3 хворих (21,4 %). Причиною формування ПФ був крупновогнищевий панкреонекроз. Ураження 10 % об'єму залози мало місце у 4 хворих, 30 % об'єму ПЗ – у 4 пацієнтів, 40 % – у 3, 50 % – у 1 хворого. Субтотальний НП діагностовано у 2 хворих. Ці пацієнти померли. Летальність у другій групі хворих становить 14,3 %. Причиною смерті був сепсис. ПФ у них розвинулася з двох боків і займала 4 анатомічних ділянки. У всіх хворих на ПФ при госпіталізації виконували лапароцентез із дренажуванням черевної порожнини. Випіт черевної порожнини був геморагічним з активністю α -амілази вище 160 г/год/л. У всіх випадках ГП був алкогольним. Термін захворювання ГП до госпіталізації склав (3 \pm 1,5) доби. Сонографічно ознаки формування парапанкреатичної інфільтрації було діагностовано на (4 \pm 1,8) добу від початку ГП. УЗ-дренажування як етапне хірургічне лікування виконано 5 пацієнтам. Після дренажування ПФ на фоні інтенсивної АБТ ГП відмічалась позитивна клінічна і лабораторна динаміка хвороби. Однак, через 5-7 діб після дренажування ПФ сонографічно були діагностовані рідинні скупчення поза зоною дренажування і прогресування ССЗВ. Хворих прооперовано. Виконано люмботомії з боку ураження із некректомією

заочеревинної клітковини. Операції на ПЗ до кінця третього тижня не виконувалися. Заочеревинний простір ревизували пальцем, видаляли некротизовану клітковину, дренажі проводили до сальникової сумки і в здувину ділянку. Дренажування ПФ доповнювали латексними дренажами. Люмботомічну рану залишали відкритою. Програмні некректомії виконували щоденно. Панкреатосеквестрэктомія (ПСЕ) виконувалась через 4-5 тижнів після початку ГП. Для ПСЕ використовували ректоскоп або волоконну ілюмінацію при ревизуванні люмботомічного простору за допомогою хірургічних дзеркал. АБТ проводили за деескалаційним типом. Препаратами стартової АБТ були карбапенеми. Арозивних кровотеч при такій тактиці лікування хворих на ПФ не було. 14 хворим операції заочеревинним доступом виконані без етапного дренажування ПФ. Показаннями до операції були стрімке (протягом доби) прогресування ССЗВ при сонографічній картині множинних поширених рідинних скупчень у заочеревинному просторі. У всіх випадках НП із ПФ гострий панкреатит характеризувався як геморагічний.

У 14 хворих із крупновогнищевим НП, ускладненим ПФ у стадії стерильної інфільтрації (5-6-та доба від початку ГП), виконані міні-інвазивні операції під УЗ-контролем. Багатокомпонентна інтенсивна терапія й АБТ сприяли зупиненню поширення ПФ та дозволили виконати ПСЕ через лапаротомію у відстроченому порядку.

Висновки. 1. Хірургічна тактика при некротичному панкреатиті, ускладненому панкреатичною флегмоною, повинна будуватися на методах візуальної діагностики (УЗ, КТ).

2. У лікуванні панкреатичної флегмони перевагу слід віддавати позаочеревинним хірургічним втручанням. У строки до 3-4 тижнів від початку гострого панкреатиту операція на підшлунковій залозі не показана.

3. Заочеревинні хірургічні втручання при панкреатичній флегмоні визначають профілактику арозивних кровотеч у вогнищі запалення.

4. Міні-інвазивні дренажні хірургічні втручання, що виконуються у початковий період запальної інфільтрації у комплексі з інтенсивною АБТ, дозволяють зменшити кількість хворих із поширеними формами панкреатичної флегмони.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Савельев В.С. Панкреонекрозы. – М.: ООО Мед. информ. агентство, 2008. – 264 с.
2. Шалимов А.А. Современные тенденции в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита / А.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, А.Н. Литвиненко // Клін. хірургія. – 2006. – № 6. – С. 12–20.
3. Ярешко В.Г., Рязанов Д.Б., Живица С.Г. Лечение панкреатической флегмоны // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 61.

4. J. Enrique Dominguez-Minoz. Clinical Pancreatology/ Blackwell publishing, 2005. – 535 p.

5. Farkas G., Marton J., Mandi Y. et al. Surgical management and complex treatment of infected pancreatic necrosis: 18 year experience at a single center // J. Gastrointest. Surg., 2006. – Vol. 10. – P. 278–285.
6. Werner J., Feuerbach S., Uhl W. et al. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 426–436.

Отримано 23.08.10