

УДК 616.37-002.4-022.7-089

© В. В. МІЩЕНКО, В. В. ГРУБНИК, Р. Ю. ВОДОДЮК

Одеський національний медичний університет

**Підходи до лікування гострого деструктивного інфікованого панкреатиту**

V. V. MISHCHENKO, V. V. HRUBNYK, R. YU. VODODIUK

Odesa National Medical University

**APPROACHES OF TREATMENT OF THE ACUTE DESTRUCTIVE INFECTED PANCREATITIS**

Опрацьовано результати лікування 143 хворих на гострий інфікований некротичний панкреатит. Інфікування зон некрозу відбувалось на 13–15-й день захворювання. Показанням до операційного лікування були не-ефективність консервативної терапії, ознаки перитоніту, поліорганна недостатність, гнійні запливи у параколярній, парапанкреатичній, заочеревинній клітковині. У 33 (23,1 %) хворих діагностовано правобічний параколіт, у 86 (60,1 %) – лівобічний параколіт, у 7 (4,9 %) – парапанкреатичну флегмону, у 8 (5,6 %) – ознаки розлитого перитоніту, у 9 (6,3 %) – скупчення гною у просвіті малого сальника. Пункційні втручання під контролем УЗД з дрениванням виконано у 107 (74,8 %) хворих. Лапаротомні операції проведено у 127 (88,8 %) випадках. Післяопераційна летальність склала 48 (37,8 %). У клініці сформовано й 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 пункційно-дренажних та лапаротомних втручань при гострому інфікованому панкреонекрозі з подальшим запропонованим дрениванням черевної порожнини та формуванням середньої оментопанкреатобурсостоми свідчить про достатньо високу ефективність таких операцій.

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 ineffectiveness of conservative therapy, signs of peritonitis, polyorgans insufficiency, festerings zateki in paracolic, parapancreatic, extraperitoneal cellulose. It are diagnosed right-side paracolic at 33 (23,1 %) patients, left-side paracolic – at 86 (60.1 %), parapancreatic phlegmon – at 7 (4.9 %), signs of poured peritonitis – at 8 (5.6 %), accumulation of pus in the cavity of omentulum – at 9 (6,3 %). Punctional of interference under control ultrasonographic with draining was executed at 107 (74.8 %) patients. Laparotomic operations are conducted at 127 (88.8 %) cases. Postoperation mortality was 48 (37.8 %). In clinic it is generated and the stage-by-stage approach in treatment of the destructive pancreatitis on the basis of tactical approaches to treatment according to clinical reports of granting of medical aid is successfully applied at the yielded pathology. Carrying out punction-drainage and laparotomic interventions at sharp infected pancreonecrosis with the subsequent drainage of a abdomen and formation of median omentopancreatobursostoma testifies about enough high performance of such operations.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Протягом останніх років неухильно зростає частота захворюваності на гострий панкреатит (ГП) – 4,5–6,7 на 10 тис. населення [1, 2, 3]. ГП характеризується запаленням підшлункової залози, а при прогресуванні – парапанкреатичної (ППК), параколярної (ПКК), заочеревинної клітковини (ЗК) з високою летальністю (до 60–70 %). Від тяжких форм гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) вмирає кожен другий хворий [4, 5]. У 25–80 % хворих із гострим деструктивним панкреатитом відбувається інфікування вогнищ некротичної деструкції з розвитком гнійних ускладнень, які потребують зовсім іншого лікувально-діагностичного підходу [4, 6].

Хірургічне лікування ускладнених форм гострого інфікованого некротичного панкреатиту (ГІНП)

до даного часу залишається одним з найбільш складних і до кінця не вирішених питань ургентної абдомінальної хірургії. Незважаючи на активне впровадження малоінвазивних технологій у лікуванні ГІНП, відкриті лапаротомні та люмботомічні операційні втручання є операціями вибору при не-ефективності попередніх [7].

Інфікування некротичного ураження підшлункової залози (ПШЗ), парапанкреатичної, параколярної, заочеревинної клітковини потребують виконання повторних, обширних і високотравматичних операцій – адекватного розкриття гнояків, некрсеквестростомії та дренивання черевної порожнини і зон некрозу, результати яких не завжди задовольняють хірургів [1, 2, 6].

Тому вибір операційного втручання у даної категорії хворих залишається актуальним з позицій

морфофункціональних змін у тканині ПШЗ, парапанкреатичній, параколярній, заочеревинній клітковині і потребує пошуку нових та оптимізації існуючих тактичних підходів у вирішенні даної проблеми.

**Мета роботи:** на основі вивчення результатів лікування хворих з гострим деструктивним інфікованим панкреатитом розпрацювати тактичні підходи до лікування.

**Матеріали і методи.** Опрацьовано результати лікування 143 хворих на гострий деструктивний інфікований панкреатит (ГДП).

Чоловіків було 105 (73,4 %), жінок – 38 (26,6 %). Середній вік пацієнтів склав (42,9±0,9) року. Інфікування зон некрозу в ПШЗ, ППК, ПКК, ЗК діагностовано на (13±2,5) день захворювання. У 33 (23,1 %) хворих діагностовано правобічний параколіт, у 86 (60,1 %) – лівобічний параколіт, у 7 (4,9 %) – парапанкреатичну флегмону з розповсюдженням на заочеревинний простір, у 8 (5,6 %) – ознаки розлитого перитоніту, у 9 (6,3 %) – скупчення гною у просвіті малого сальника.

В основу діагностики інфікування ГДП покладено ознаки системної запальної відповіді, позитивний прокальцитоніновий тест, наявність перитонеальних симптомів, дані УЗД, бактеріологічного дослідження вмісту з черевної порожнини, рідинних скупчень у зонах ПШЗ, ППК, ПКК, ЗК.

Ступінь вираження патологічного процесу та тяжкість стану пацієнта визначали за критеріями Міжнародної асоціації панкреатологів (Атланта, 1992 р.), за шкалою АРАСН I–II та прогностичною шкалою J. Ranson.

При наявності гною у просвіті малого сальника, у зоні некрозу в ПШЗ, ППК, ПКК, ЗК застосовували пункцію під контролем УЗД з аспірацією вмісту, зовнішнім дрениванням одним або декількома трубчастими дренажами з промиванням зони інфікованого осередку розчином декасану для виведення хворого з критичного стану.

Показанням до відкритого операційного втручання були: неефективність пункційного методу лікування зони інфікованого осередку впродовж 2–3 тижнів, клінічно-лабораторні ознаки перитоніту, септичний стан хворого з наростанням синдрому поліорганної недостатності. Операційних втручань може бути декілька.

При наявності сформованих гнояків з наявністю гнійних секвестрів розкриття останніх виконували з локальних доступів (середньо-серединний, люмбальний, позаочеревинний) з адекватною некрсеквестректомією та дрениванням гнійних осередків. При серединній лапаротомії після санації черевної порожнини, некрсеквестректомії ПШЗ обов'язко-

вим є розкриття заочеревинного простору по правому, лівому фланку та парапанкреатичного простору. Окрім стандартного дренивання черевної порожнини, ми застосовували повздовжне 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. При локалізації гнійного осередку в зоні ПШЗ у парапанкреатичній зоні операцію закінчували формуванням серединної оментопанкреатобурсостоми. Метод етапних, так званих “програмованих” релапаротомій, у клініці застосовували за строгими показаннями.

З метою поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ГДП, ми проводили профілактику і лікування гнійно-септичних ускладнень лефлоцином (левофлоксацин) 500 мг 2 рази, комбінуючи його з введенням орнідазолу (орнігіл) по 100,0 3 рази на добу. Карбапенеми застосовували при стані пацієнта за шкалою АРАСН I–II більше 13 балів. Препарати вводили внутрішньовенно краплинно протягом 7 діб. Для санації черевної порожнини ми застосовували декасан – 0,02 % розчин декаметоксину.

Корекцію метаболічних порушень, профілактику кардіореспіраторних ускладнень проводили гекодезом, сорбілактом, реосорбілактом, розчинами амінокислот та жировими емульсіями. Ентеральне зондове харчування (берламін-модуляр) починаємо з моменту відновлення перистальтики.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Пункційні втручання під контролем УЗД з дрениванням виконано у 107 (74,8 %) хворих. У 32 (29,9 %) пацієнтів цієї групи інших хірургічних втручань з приводу ГДП не застосовували, післяопераційної летальності не було. Критеріями ефективності лікування вважали зменшення розмірів запального інфільтрату та гнійного вмісту, що контролювалося даними УЗД в динаміці і черездренажними фістулографіями за показаннями.

Відкриті операційні втручання проведено у 127 (88,8 %) випадках.

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.** У клініці сформовано й 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 пункційно-дренажних та лапаротомних втручань при гострому інфікованому панкреонекрозі з подальшим запропонованим дрениванням черевної порожнини та формуванням середин-

ної оментопанкреатобурсостоми свідчить про достатньо високу ефективність таких операцій.

**Перспективи подальших досліджень.** Вдосконалення малоінвазивних методів лікування деструктивного панкреатиту.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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 (част. 2). – С. 9–11.
2. Кондратенко П. Г. Гострий панкреатит / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильєв, М. В. Конькова. – Донецьк, 2008. – С. 352.
3. Оптимізація лічення пацієнтів с острым панкреатитом в условиях многопрофильного хирургического стационара / Я. С. Березницький, Р. В. Дука, И. Л. Верхолаз [и др.] // Медичні перспективи. – 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 (част. 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.

Отримано 28.01.15