

УДК 616.37-002-089.873

О.Є. Каніковський, О.А. Жупанов, В.В. Мосьондз, А.І. Кусьпісь

**ДО ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ
УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

В статті представлений аналіз результатів лікування 985 хворих на гострий панкреатит протягом 2004-2011 рр. Розвиток гнійно-некротичних ускладнень ототожнював застосування як класичних, так і сучасних методів хірургічних втручань. З приводу гнійно-некротичного панкреатиту лапаротомія виконувалася у 52 (5,3%) хворих. Післяопераційна летальність становила 11,53%. Індивідуальний підхід, дотримання запропонованої тактики лікування, широке застосування мініінвазивних технологій, та класичне оперативне лікування (за важливими показами у відстрочений період) забезпечили істотне поліпшення результатів лікування хворих на гострий панкреатит.

Ключові слова: гострий панкреатит, гнійно-некротичні ускладнення, хірургічне лікування, дренажування.

Перебування проблеми лікування гострого панкреатиту (ГП) та його ускладнень у центрі уваги науковців та практичних хірургів, що зумовлене зростаючою частотою захворювання, незадовільними результатами лікування та високою загальною та післяопераційною летальністю. Гострий панкреатит серед невідкладних захворювань органів черевної порожнини посідає друге місце поступаючись гострому апендициту. Найчастіше гострий панкреатит виникає у чоловіків віком від 30 до 60 років. Гострий деструктивний панкреатит виявляють у 25% від загальної кількості хворих, летальність як в Україні, так і в інших країнах, не зменшується нижче 15%-20%, а при окремих формах досягає 70% [1, 4].

Відсутність задовільних результатів від застосування класичних методів хірургічної корекції ускладнень гострого некротичного панкреатиту пояснює постійну увагу до цієї проблеми та вимагає удосконалення загальноприйнятих та пошуку нових підходів до лікування цієї патології.

Мета роботи – визначення оптимальної тактики лікування хворих на гнійно-некротичні ускладнення гострого панкреатиту.

Матеріал та методи

Проведений аналіз лікування 985 хворих на гострий панкреатит протягом 2004-2011рр. Мініінвазивні втручання (пункція і дренажування під контролем ультрасонографії (УСГ), лапароскопічна санація і дренажування черевної

порожнини) проведено 154 хворим. Процедура була остаточною у 102 хворих (10,3%), а у 52 хворих (5,3%) комбінували із трансабдомінальними втручаннями.

Для оцінки тяжкості стану хворих з ГП застосовували переважно шкалу АРАСНЕ II.

Інтенсивна консервативна терапія ґрунтувалася на рекомендаціях провідних клінік: усунення болю, забезпечення функціонального спокою підшлункової залози (ПЗ) дезінтоксикація, корекції волемічних порушень та розладів мікроциркуляції, гіпоксії, профілактика гнійних ускладнень [3].

Лапаротомія з приводу гнійно – некротичних ускладнень панкреатиту виконана у 52 (5,3%) хворих. Об'єм первинного оперативного втручання полягав у розгерметизації вогнищ загальної деструкції підшлункової залози та некротомії, санації гнійних осередків. Серед прооперованих хворих чоловіків було 38 (73%), жінок – 14 (26, 93%) Хворі працездатного віку 897, становили 92,8%.

Інфікований некротичний панкреатит під час лапаротомії був діагностований у 44 (84,7%) хворих з терміном госпіталізації більше 24 годин. Післяопераційна летальність склала 11,53% (6 хворих).

Результати та обговорення

Хворі з важким перебігом панкреатиту лікувалися у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії. При тяжкому перебігу панкреатиту – абсолютний голод, декомпресія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту через на-

зогастральний зонд, повноцінне парентеральне харчування, особливо при прогнозуванні тяжкого перебігу за критеріями APACHE II та наявності дефіциту маси тіла. Нами відмічено ефективність раннього назосюнального харчування через ендоскопічно введений зонд.

В усіх хворих проводили консервативне лікування, починаючи з проведення інтенсивної інфузійної терапії, знеболювання, корекції розладів центральної гемодинаміки та периферичного кровообігу, пригнічення секреторної активності ПЗ, корекції імунних порушень, дезінтоксикаційної терапії, адекватного білково-енергетичного забезпечення, профілактики гнійної інфекції, виникнення стресових виразок, гепатопротекції. Для пригнічення секреторної активності ПЗ призначали сандостатин або ук্রেотид по 0,1 мг 3-6 разів на добу. Профілактика гнійної інфекції включала призначення масивної антибіотико терапії препаратами широкого спектру дії (доперацилін) та метронідазолу, у подальшому – відповідно до результатів бактеріологічного дослідження. Переважно застосовували цефалоспорины IV покоління, фторхінолони та карбопенеми.

Хірургічну тактику визначали індивідуально, відповідно перебігу та стадії захворювання. Лапаротомію при асептичному некрозі виконано 8 хворим (15,3%), що повинно бути винятком, а не правилом. Таке втручання виконували в основному при неможливості виключення іншого гострого захворювання органів черевної порожнини, неінформативних або непереконливих даних лапароскопії, наявності біліарного панкреатиту з деструктивним калькульозним холециститом, жовтяниці на фоні холедохолітіазу, який спочатку намагалися усунути за допомогою ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ), виникнення кровотечі з вогнища некрозу, перфорації порожнистого органа, утворення нориці. Відносними показами були прогресування інтоксикації, органної та поліорганної недостатності, перитоніту, збільшення інфільтрату залози або втягнення в процес парапанкреатичної клітковини, незважаючи на проведення інтенсивної терапії та мініінвазивних втручань. Вважаємо, що, чим пізніше від моменту виникнення захворювання здійснене відкрите втручання, тим вище його ефективність, тому

що при ранньому виконанні лапаротомії у хворих з асептичним панкреонекрозом, неможливо адекватно видалити девіталізовані тканини залози, а іноді навіть їх чітко ідентифікувати. Об'єм оперативного втручання полягав у розкритті сальникової сумки, розгерметизації вогнищ деструкції та запалення підшлункової залози в сальникову сумку з формуванням закритої порожнини та постійного проточного промивання її розчинами антисептиків через наскрізні дренажі на протязі 10-37 діб. Керуючись принципом «профілактичного» дренивання дренажні пристрої проводили з урахуванням форм порожнини малого чепця – позаду згинів товстої кишки, через Вінслов отвір, зліва через лівобічну люмботомію. Вторинне інфікування, руйнування захисного бар'єру спричиняє генералізацію інфекції, тому таким хворим, як правило, в подальшому проводили «програмовані» лапаротомії, що було виконано 4 (50%) хворим.

Інфікований некротичний панкреатит під час лапаротомії був діагностований у 84,7% (44 хворих). На фоні проведення повноцінної інтенсивної терапії та ентерального харчування формується демаркаційна лінія (у середньому на 14-24 добу), що сприяє відторгненню некротизованих ділянок залози, та значно полегшує видалення девіталізованих тканин. Пізня лапаротомія, широке розкриття сальникової сумки, видалення некротизованих тканин (ПЗ) та парапанкреатичної клітковини (ППК) (переважно тупим шляхом), санація біліарного тракту (за необхідністю), проведення санації та наскрізного, «профілактичного» дренивання гнійних осередків – виправданий крок при наявності абсолютних показів до лапаротомії. Через наскрізні дренажі проводилося постійне проточне промивання гнійної порожнини на протязі 12-48 діб розчинами антисептиків (переважно декаметоксину та цетриміду) до повного очищення промивних вод. Контроль за станом патологічної порожнини здійснювали візуально, за допомогою УЗД, рідше – використовували фістулографію або компютерну томографію.

У 18 (34,6%) хворих проведення такого обсягу лікування виявилось недостатнім, оскільки виникнення (у 4) та прогресування (у 14) локального гнійно-некротичного процесу в підшлунковій залозі та сальниковій сумці не

вдалось зупинити повторними санаціями. Поширення гнійно-некротичного процесу на парапанкреатичну і заочеревинну клітковину на фоні прогресуючої інтоксикації було показом для виконання повторних оперативних втручань (від 1 до 7). При релапаротомії видаляли некротизовані тканини, здійснювали додаткове дренування гнійних порожнин з їх широким промиванням. Якщо повне видалення некротизованих ділянок залози та парапанкреатичної клітковини неможливе, рану зашивали тимчасово.

Однією релапаротомією обмежились у 61,1% (11) хворих, повторно оперовані хворі з гнійними ускладненнями склали 38,8% (7 хворих). Локальне прогресування некротично-гнійного процесу в підшлунковій залозі та сальниковій сумці було показанням для виконання релапаротомії у 12 хворих, нориця дванадцятипалої кишки з розвитком дифузного перитоніту виникла у 1 хворого і була результатом проведення дренажів через Вінслоуєвий отвір, розповсюджений гнійний перитоніт, як ускладнення перебігу основної патології виник у 2 хворих, субтотальний інфікований некротичний панкреатит ускладнився інфікуванням парапанкреатичної та заочеревинної клітковини з розвитком флегмони у 2 хворих. Кровотеча, як результат прогресування некротично-гнійного процесу, який не вдалось зупинити повторними санаціями сальникової сумки, була показом до виконання невідкладної операції у 1 хворого.

Загалом, хворим на гострий некротичний панкреатит було виконано 89 операцій, одному хворому було виконано в середньому 1,7 операцій. Післяопераційний термін стаціонарного лікування склав $33,1 \pm 12,04$ діб.

У підсумку, в порівнянні з показниками традиційного лікування хворих за попередні 7 років, нами відмічено, що кількість хворих на ГП збільшилася в 1,5 рази, особливо за останні три роки, кількість лапаротомій – в 1,5 рази зменшилася, кількість мініінвазивних втручань – збільшилася в 2 рази, а в післяопераційному періоді – в 3, а післяопераційна летальність з 17,16 % зменшилася до 11,53 %.

Висновки

Таким чином, основним напрямком поліпшення результатів лікування хворих з ГП вважаємо

впровадження етапної тактики хірургічного лікування з максимальним використанням можливостей фармакотерапії та мініінвазивних втручань, що істотно поліпшує безпосередні та віддалені результати лікування. Гнійно-некротичні ускладнення ГП є показом для традиційного хірургічного лікування. Лапаротомія та «профілактичне» дренування залишаються операціями вибору.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

О.Е. Каниковский, А.А. Жупанов, В.В. Мосендз, А.И. Куспис

В статье предоставлен анализ результатов лечения 985 больных на острый панкреатит лечившихся на протяжении 2004-2011 годов. Развитие гнойно-некротических осложнений подчеркивало использование как классических так и современных методов хирургических вмешательств. По поводу гнойно-некротического панкреатита лапаротомия произведена у 52 (5,3%) больных. Послеоперационная летальность составила 11,53%. Индивидуальный подход, использование предложенной тактики лечения, широкое использование миниинвазивных технологий и классическое хирургическое лечение улучшило результаты лечения больных на острый панкреатит.

Ключевые слова: острый панкреатит, гнойно-некротические осложнения, хирургическое лечение, дренирование.

TO THE QUESTION OF SURGICAL TREATMENT FESTERING-NECROTIZING COMPLICATIONS SHARP PANCREATITIS

O.E. Kanikovskiy, O.A. Zhupanov, V.V. Mosondz, A.I. Kus'pis

In the article the analysis of results of treatment is presented 985 patients with a sharp pancreatitis during 2004-2011. Development of festering-necrotizing complications equated to use of both classic and modern, methods of surgical interferences. Concerning a festering-necrotizing pancreatitis laparotomy was executed in 52 (5,3%) patients. Postoperative lethality was 11,53%. Individual approach, observance of the offered tactic of treatment, wide use of miniinvasive technologies, and classic operative treatment (after the self-weighted shows in a deferred period) was provided substantial improvement of results treatments patient with a sharp pancreatitis.

Key words: sharp pancreatitis, festering are necrotizing complications, surgical treatment, draining.

ЛІТЕРАТУРА

1. Благовестов Д.А. Комплексне лікування гострого панкреатиту і його ускладнень / Д.А. Благовестов // Хірургія. – 2006. – № 4. – С. 40-45.
2. Галимзянов Г.В. Первинна діагностика інфікованого панкреонекрозу / Г.В. Галимзянов // Хірургія. – 2006. – № 6. – С. 8-10.
3. Саєнко В.Ф. Сучасні принципи діагностики та лікування гострого панкреатиту / В.Ф. Наєнко // Довідник, Київ, 2000. – 172 с.
4. Шалімов О.О. Хірургія підшлункової залози. / О.О. Шалімов. – С.: Тавріда, 1997. – С. 82-120.
5. Forsmark C.E. Pancreatitis and Its Complications. / C.E. Forsmark // Humana Press Inc. – 2005. – 338 p.
6. Severity Index for Evaluating Acute Pancreatitis: Improved Correlation with Patient Outcome. / K. Mortelet, W. Wiesner, L. Intriere et al. // Am J Roentgenol. – 2004. – Vol. 183 (5). – P. 1261-1265.
7. Voss M. Pancreatic fistula. Curr Treat Options. / M. Voss, T. Pappas // Gastroenterol. – 2002. – Vol. 5. – P. 345-353.
8. Li-Ling J. Somatostatin and octreotide in the prevention of postoperative pancreatic complications and the treatment of enterocutaneous pancreatic fistulas: a systemic review of randomized, controlled trials. / J. Li-Ling, M. Irving // Br J Surg. – 2001. – Vol. 882. – P. 190-199.

Стаття надійшла 04.03.2011