

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 TO THE TREATMENT OF AN ACUTE DESTRUCTIVE INFECTED PANCREATITIS

Опрацьовано результати лікування 143 хворих на гострий інфікований некротичний панкреатит. Інфікування зон некрозу відбувалось на 13–15-день захворювання. Показанням до оперативного 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 із дренажуванням виконано у 107 (74,8 %) хворих. Лапаротомні операції проведено у 127 (88,8 %) випадках. Післяопераційна летальність складала 48 (37,8 %).

The results of treatment of 143 patients with an acute infected necrotizing pancreatitis are analysed. Infecting of areas of necrosis took place on the 13–15 th day of the disease. Testimonies to operative treatment were uneffectiveness of conservative therapy, signs of peritonitis, polyorgans insufficiency, festerings rounds in paracolic, parapancreatic, extraperitoneal cellulose. It was diagnosed the right-side paracolitis in 33(23,1 %) patients, left-side paracolitis – in 86(60,1 %), parapancreatic phlegmon – in 7(4,9 %), signs of poured peritonitis – in 8(5,6 %), accumulation of pus in the cavity of omentulum – in 9(6,3 %). Punctional interference under control ultrasonographic with draining was executed in 107(74,8 %) patients. Laparotomic operations were conducted in 127(88,8 %) cases. Postoperation mortality was 48(37,8 %).

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, 5, 6]. ГП характеризується запаленням підшлункової залози, а при прогресуванні – парапанкреатичної (ППК), параколярної (ПКК), заочеревинної клітковини (ЗК) із високою летальністю (до 60–70 %). Від тяжких форм гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) помирає кожен другий хворий [2, 7]. У 25–80 % хворих із гострим деструктивним панкреатитом відбувається інфікування вогнищ некротичної деструкції з розвитком гнійних ускладнень, які потребують зовсім іншого лікувально-діагностичного підходу [2, 3].

Хірургічне лікування ускладнених форм гострого інфікованого некротичного панкреатиту (ГІНП) до сьогодні залишається одним з найбільш складних і до кінця невирішених питань ургентної абдомінальної хірургії. Незважаючи на активне впровадження малоінвазивних технологій у лікуванні ГІНП, відкриті лапаротомні та люмботомічні операційні втручання є операціями вибору при неефективності попередніх [4].

Інфікування некротичного ураження підшлункової залози (ПШЗ), парапанкреатичної, параколяр-

ної, заочеревинної клітковини потребують виконання повторних, обширних і високотравматичних операцій – адекватного розкриття гнояків, некрсеквестромії та дренажування черевної порожнини і зон некрозу, результати яких не завжди задовольняють хірургів [1, 3, 5].

Тому вибір оперативного втручання у даній категорії хворих залишається актуальним із 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 пара-

коліт, 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 І–ІІ 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 дренажуванням одним або декількома трубчатими 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 із наявністю гнійних секвестрів розкриття останніх виконували з локальних доступів (середньо-серединний, люмбальний, позаочеревинний) з адекватною некрсеквестректомією та дренажуванням гнійних осередків. При серединній лапаротомії після санації черевної порожнини, некрсеквестректомії ПШЗ, обов'язковим є розкриття заочеревинного простору по правому, лівому фланку та парапанкреатичного простору. Крім стандартного дренажування черевної порожнини, ми застосовували повздовжнє дренажування ложа ПШЗ по верхньому та нижньому контуру, правого та лівого фланків із виведенням дренажних трубок через праву та ліву поперекову 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 із 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 І–ІІ 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.

Пунційні втручання під контролем УЗД з дренажуванням виконані 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 були зменшення розмірів запального інфільтрату та гнійного вмісту, що контролювали даними УЗД в динаміці і черездренажними фістулографіями за показаннями.

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

Післяопераційна летальність у даній групі складала 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. 1. 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.

2. Проведення пункційно-дренажних та лапаротомних втручань при гострому інфікованому панкреонекрозі з подальшим запропонованим дренажуванням черевної порожнини та формуванням серединної оментопанкреатобурсостоми свідчить про досить високу ефективність таких операцій.

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 (частина 2). – С. 9–11.
2. Кондратенко П. Г. Гострий панкреатит / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильєв, М. В. Конькова. – Донецьк, 2008. – С. 352.
3. Оптимизация лечения пациентов с острым панкреатитом в условиях многопрофильного хирургического стационара / Я. С. Березницкий, Р. В. Дука, И. Л. Верхолаз [и др.] // Медицинские перспективы. – 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 (частина 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.
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 18.01.13