



В.В. Міщенко, П.І. Пустовойт,  
Д.В. Герасимов,  
Р.Ю. Вододюк

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФІКОВАНОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Одеський національний медичний  
університет, кафедра хірургії  
№ 1

Одеська обласна клінічна лікарня

© Колектив авторів

**Резюме.** Опрацьовано результати лікування 143 хворих на гострий інфікований некротичний панкреатит. Інфікування зон некрозу відбувалось на 13–15 день захворювання. Показанням до оперативного лікування були неефективність консервативної терапії, ознаки перитониту, поліорганна недостатність, гнійні запливи у параколярній, парапанкреатичній, заочеревеній клітковині. У 33 (23,1 %) хворих діагностовано правобічний параколіт, у 86 (60,1 %) – лівобічний параколіт, у 7 (4,9 %) – парапанкреатична флегмона, у 8 (5,6 %) – ознаки розлитого перитониту, у 9 (6,3 %) – скупчення гною у просвіті малого чепця. Пунційні втручання під контролем УЗД з дрениванням виконані у 95 (66,4 %) хворих. Лапароскопічне дренивання осередкових гнійно-некротичних скупчень виконане у 12 (8,4 %) хворих. Лапаротомні операції проведені у 127 (88,8 %) випадках. Післяопераційна летальність спостерігалась в 48 (37,8 %) випадках.

**Ключові слова:** хірургічне лікування, гострий інфікований некротичний панкреатит.

### Вступ

Неухильне зростання частоти захворюваності на гострий панкреатит (ГП) в останні десятиріччя (4,5–5,7 на 10 тис. населення) є фактом беззаперечним і залежить від багатьох факторів, у тому числі і від зовнішніх епігенетичних чинників, таких як: стан навколишнього середовища, місце проживання, професія, факторів внутрішнього середовища людини (характер харчування, шкідливі звички, фізична активність, соціальний стан), які формують зміни в організмі на рівні порушень метаболічного обміну та можуть бути одним з патогенетичних механізмів ГП [1, 5]. Відповідно збільшується кількість важких деструктивних форм захворювання, які потребують зовсім іншого лікувально-діагностичного підходу, і супроводжуються найбільш високою летальністю [2, 5].

Від важких форм гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) вмирає кожен другий хворий, у 25–80 % хворих відбувається інфікування вогнищ некротичної деструкції з розвитком гнійних, постнекротичних ускладнень [2, 3].

Хірургічне лікування ускладнених форм гострого інфікованого некротичного панкреатиту (ГІНП) до тепер залишається одним з найбільш складним і до кінця невирішеним питанням ургентної абдомінальної хірургії.

Незважаючи на активне впровадження малоінвазивних технологій у лікуванні ГІНП, відкриті лапаротомні та люмботомічні оперативні втручання, є операціями вибору при неефективності попередніх [4].

Поширення некротичного ураження та інфікування тканин підшлункової залози (ПШЗ), парапанкреатичної та параколярної клітковини обумовлюють виконання повторних, обширних і високотравматичних операцій, результати яких не завжди задовольняють хірургів [1].

При цьому, завданням будь-якого оперативного втручання при ГІНП з переходом процесу на парапанкреатичну, параколярну клітковину з формуванням флегмон є адекватне розкриття останніх, некрсеквестректомія та дренивання [1, 3, 5].

Тому вибір оперативного втручання в даній категорії хворих залишається актуальним з позицій етіопатогенеза ГДП, морфофункціональних змін у тканині ПШЗ та параколярній клітковині й потребує пошуку нових та оптимізації існуючих тактичних підходів у вирішенні цієї проблеми.

**Метою дослідження** було вивчення результатів лікування хворих з гострим інфікованим некротичним панкреатитом, який ускладнений розвитком гнійних, постнекротичних парапанкреатичних та параколярних ускладнень, і розробка лікувально-тактичних підходів при даній патології.

### Матеріали і методи дослідження

Опрацьовано результати лікування 143 хворих на ГДП, перебіг якого ускладнився розвитком запального інфільтрату, а у подальшому – формуванням псевдокіст ПШЗ, абсцесів ПШЗ, флегмон парапанкреатичної та параколярної клітковини, гнійного перитоніту.

Чоловіків було 105 (73,4 %), жінок – 38 (26,6 %). Середній вік пацієнтів склав  $42,9 \pm 0,9$  років. Пацієнтів госпіталізували в різні терміни від початку захворювання. Запальний інфільтрат у проекції підшлункової залози виявляли на 5–10 добу від виникнення ознак ГП. Інфікування зон некрозу в ПШЗ, ППК, ЗК діагностовано на  $13 \pm 2,5$  день захворювання. Діагностична програма включала загальноклінічні та біохімічні лабораторні, бактеріологічні дослідження. В основу діагностики інфікування покладено критерії: гіпертермія, тахіпное, тахікардія, лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом вліво, позитивний прокальцитоніновий тест, ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну та магніто-резонансну томографію, при необхідності виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію. Ступінь прояву патологічного процесу визначався за критеріями Міжнародної Асоціації панкреатологів (Атланта, 1992 р). Важкість стану хворих оцінювали за прогностичною шкалою J. Ranson.

Показанням та вибір методу оперативного лікування були: неефективність консервативної терапії впродовж 2–3 тижнів, ознаки перитоніту, поява і наростання синдрому поліорганної недостатності, наявність чіткої демаркаційної лінії у зоні некроза ПШЗ та гнійних заплівів у параколярній, парапанкреатичній, заочеревеній клітковині, підтвердженої УЗД, КТ.

У 33 (23,1 %) хворих діагностовано правобічний параколіт, у 86 (60,1 %) – лівобічний параколіт, у 7 (4,9 %) – парапанкреатична флегмона з розповсюдженням на заочеревинний простір, у 8 (5,6 %) – ознаки розлитого перетоніту, 9 (6,3 %) – скупчення гною у просвіті малого чепця.

При скупченні гною у просвіті малого чепця застосовувалася пункція під контролем УЗД з аспірацією вмісту та зовнішнім дренажуванням трубочатим дренажем.

Показанням до лапароскопічного втручання та дренажування осередкових скупчень рідини в області ПШЗ і навколишніх тканинах є великі постнекротичні кісти (більше за 6 см в діаметрі), отримання під час пункції гною або ексудату з ознаками інфікування і детриту.

Первинно лапаротомні операції виконували при ознаках інфікування псевдокісти з наявністю великих секвестрів, неможливість санації кісти через дренажі, прогресування панкреонекрозу та парапанкреатичних і параколярних ускладнень, перитоніту, септичний стан хворого.

В наслідок транслокації мікрофлори з кишечника у зону запалення розвивається загроза інфікування некротизованих тканин ПШЗ, парапанкреатичної та параколярної клітковини з розвитком гнійного перитоніту. З метою поліпшення найближчих і віддалених ре-

зультатів хірургічного лікування хворих з ГДП нами проводилася профілактика і лікування гнійно-септичних ускладнень інфузійним антибіотиком лефлочином (левофлоксацином) по 500 мг 2 рази на добу в продовж 7 днів, комбінуючи його з введенням орнідозола по 100,0 мл 3 рази на добу. Для санації порожнини кіст, черевної порожнини, параколярної, парапанкреатичної, заочеревенної зони та зони операційної рани під час пункцій, лапароскопічних втручань, відкритих лапаротомних операцій ми застосовували Декасан – 0,02 % розчин декаметоксина – антисептичний препарат, похідне бічетвертичних амонієвих сполук, який концентрується на цитоплазматичній мембрані мікробних клітин, сполучається з фосфатидними групами ліпідів мембрани, тим самим підвищується проникність цитоплазматичної мембрани мікроорганізмів.

Для корекції метаболічних порушень (енергетичні, водно-електролітні, кислотно-відновні) та профілактики кардіореспіраторних ускладнень, для покращення безпосередніх результатів лікування застосовуємо у комплексній терапії Гекодез – препарат гідроксіетилкрохмалу з плазмозамінною, протишоковою дією, який збільшує об'єм циркулюючої крові, корегує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск, сприяє адекватній гемодилуції та гіперосмолярний комбінований препарат Сорбілакт і комплексний інфузійний препарат Реосорбілакт, які володіють протишовковими, реологічними, дезінтоксикаційними властивостями, стимулюють перистальтику кишечника, нейтралізують метаболічний ацидоз.

#### Результати досліджень та їх обговорення

На підставі проведеного аналізу основними лікувально-тактичними підходами в лікуванні гострого інфікованого некротичного панкреатиту прийнято вважати застосування діагностичного алгоритму, основою якого є УЗД органів черевної порожнини.

Встановлено, що інфікування панкреонекрозу залежить від багатьох факторів, у тому числі і від зовнішніх епігенетичних чинників, таких як стан навколишнього середовища, місце проживання, професія, факторів внутрішнього середовища людини (характер харчування, шкідливі звички, фізична активність, соціальний стан), найчастіше відбувається у чоловіків середнього віку, що співвідноситься з даними літератури про захворюваність ГДП і розвитком його ускладнень.

При виборі методу оперативного втручання необхідно враховувати терміни від початку захворювання. Оптимальним терміном є неефективність консервативної терапії впродовж 2–3 тижнів, період сформованої псевдокісти з щільними стінками й однорідним вмістом,



ознаки перитониту, поява та наростання синдрому поліорганної недостатності, наявність чіткої демаркаційної лінії у зоні некрозу ПШЗ та гнійних заплівів у параколярній, парапанкреатичній, заочеревеній клітковині.

Пункційні втручання під контролем УЗД з дрениванням виконані у 95 (66,4 %) хворих із скупченням гною у просвіті малого чепця та як етап лікування абсцедуючих кіст, гнійних поразок при обширному панкреонекрозі для виведення хворого з критичного стану. У 32 (22,4 %) хворих цієї групи інших хірургічних втручань з приводу деструктивного панкреатиту не застосовувалось, післяопераційної летальності не було. Критеріями ефективності лікування було зменшення розмірів запального інфільтрату та гнійного вмісту, що контролювалося даними УЗД в динаміці і черездренажними фістулографіями за показанням.

Лапароскопічне дренивання осередкових скупчень рідини в області ПШЗ і навколишніх тканин виконане у 12 (8,4 %) хворих. У таких хворих за показанням одночасно виконана лапароскопічна холецистектомія. Летальних наслідків не спостерігалось.

Лапаротомні операції, в тому числі первинно лапаротомні, проведені у 127 (88,8 %) випадках. Після санації черевної порожнини, некрсеквестрэктомії ПШЗ, обов'язковим є розкриття заочеревенного простору по правому, лівому фланку та парапанкреатичного прос-

тору. Окрім стандартного дренивання черевної порожнини нами застосовувалось повздожне 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. Метод етапних, так званих «програмованих» релапаротомій, у клініці не застосовувався. Релапаротомії виконувались за строгими показаннями.

Післяопераційна летальність у цій 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 и успішно застосовується підхід у лікуванні деструктивного панкреатиту на основі сучасних мініінвазивних технологій.

Проведення пункційних, пункційно-дренажних, ендоскопічних, лапароскопічних, лапаротомних втручань при гострому інфікованому панкреонекрозі з наступним запропонованим дрениванням черевної порожнини свідчить про достатньо високу ефективність таких операцій.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Гострий панкреатит: ключові аспекти лікувальної тактики* / В. П. Андрющенко, В.А. Мальований, Д.В. Андрющенко [та ін.] // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2007. – № 1. – С. 3 – 5.

2. *Годлевський А.І.* Повторні операції у хворих на гострий некротичний панкреатит / А.І. Годлевський, О.Є. Каниковський // Медицина. – 2003. – № 20. – С. 141–143.

3. *Даценко Б.М.* Гострий панкреатит / Б.М. Даценко, Т.І. Тамм, К.О. Крамаренко. – Х.: Прапор, 2004. – 84 с.

4. *Эндоскопическое дренирование постнекротических кист поджелудочной железы* / В.Д. Луценко, А.П. Седов, И.П. Парфенов [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 9. – С. 11–13.

5. *Beger H.G.* Diseases of the Pancreas / H.G. Beger, O.S. Matsun, J.L. Cameron. – Springer-Verlag, Berlin, 2008. – 905 p.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО  
ИНФИЦИРОВАННОГО  
НЕКРОТИЧЕСКОГО  
ПАНКРЕАТИТА

*В.В. Мищенко,  
П.И. Пустовойт,  
Д.В. Герасимов, Р.Ю. Вододюк*

**Резюме.** Проанализированы результаты лечения 143 больных острым инфицированным некротическим панкреатитом. Инфицирование зон некроза происходило на 13–15 день заболевания. Показанием к оперативному лечению были неэффективность консервативной терапии, признаки перитонита, полиорганная недостаточность, гнойные затеки в параколярной, парапанкреатической, забрюшинной клетчатке. У 33 (23,1 %) больных диагностирован правосторонний параколит, у 86 (60,1 %) – левосторонний параколит, у 7 (4,9 %) – парапанкреатическая флегмона, у 8 (5,6 %) – признаки разлитого перитонита, у 9 (6,3 %) – скопление гноя в полости малого сальника. Пункционные вмешательства под контролем ультразвукографии с дренированием выполнены у 95 (66,4 %) больных. Лапароскопическое дренирование очаговых гнойно-некротических скоплений выполнено у 12 (8,4 %) больных. Лапаротомные операции проведены у 127 (88,8 %) случаях. Послеоперационная летальность составила 48 (37,8 %).

**Ключевые слова:** хирургическое лечение, острый инфицированный некротический панкреатит.

SURGICAL TREATMENT  
OF THE ACUTE INFECTED  
NECROTIZING PANCREATITIS

*V.V. Mischenko, P.I. Pustovoyt,  
D.V. Gerasimov, R.Y. Vododuk*

**Summary.** 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 uneffectiveness of conservative therapy, signs of peritonitis, polyorgans insufficiency, festerings затеки in paracolic, parapancreatic, extraperitoneal cellulose. It are diagnosed right-side paracolitis at 33 (23,1 %) patients, left-side paracolitis – at 86 (60,1 %), parapancreatic phlegmon – at 7 (4,9 %), signs of poured out 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 95 (66,4 %) patients. The laparoscopic draining of focus festering–necrotizing accumulations is executed at 12 (8,4 %) patients. Laparotomic operations are conducted at 127 (88,8 %) cases. Postoperation mortality was 48 (37,8 %).

**Key words:** surgical treatment, the acute infected necrotizing pancreatitis.