

УДК 616.37-002.4-036.11-089.166

КОНДРАТЕНКО П.Г., КОНЬКОВА М.В., ВАСИЛЬЕВ А.А., ЕПИФАНЦЕВ А.А.,
ДЖАНСЫЗ И.Н., ШИРШОВ И.В., ЮДИН А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Резюме. Цель исследования — усовершенствовать показания к выбору способа и объема хирургического вмешательства и сроков его выполнения у пациентов с острым некротическим панкреатитом.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 7984 пациентов с острым панкреатитом в возрасте от 18 до 89 лет, которые находились на лечении в клинике с 1979 по 2012 г. Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 2124 (26,6 %) больных, от 25 до 72 ч — у 5053 (63,3 %), более 72 ч — у 807 (10,1 %). Консервативно пролечено 6970 (87,3 %) больных, оперировано — 1014 (12,7 %).

Результаты и обсуждение. У 217 пациентов (1-я группа — 1979–1998 гг.) основным хирургическим вмешательством была лапаротомия, в т.ч. ранняя и при развитии гнойных осложнений. Летальность составила 39,2 %.

У 84 пациентов (2-я группа — 1999–2001 гг.) мы отказались от выполнения ранних вмешательств, лапаротомия выполнялась лишь при развитии гнойных осложнений. Летальность составила 27,4 %.

У 246 пациентов (3-я группа — 2002–2005 гг.) преимущественно применялись пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука (ПДО-УЗ) и люмботомия при гнойных осложнениях, а также эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства (ЭХТВ) при билиарном панкреатите. Летальность составила 13,4 %: при небилиарном панкреатите — 15,8 %, при билиарном — 2,3 %.

У 467 пациентов (4-я группа — 2006–2012 гг.) показания к выполнению хирургического вмешательства, сроки его выполнения, выбор способа и объема операции, а также этапность их применения зависели от фазы течения болезни и развившихся осложнений. Более широко применялись ПДО-УЗ, люмботомия, прежде всего при асептическом панкреонекрозе, а также ЭХТВ при билиарном панкреатите позволило значительно снизить число гнойных осложнений заболевания и послеоперационную летальность.

Послеоперационная летальность составила 6 %: при небилиарном панкреатите — 7,5 %, при билиарном — 2,2 %. Включение в комплексную интенсивную терапию антибиотиков широкого спектра действия, и прежде всего карбапенемов (имипенем-циластатина, меропенема), при асептическом панкреонекрозе позволило у 94,5 % избежать развития гнойных осложнений: при локализации острых асептических жидкостных скоплений в сальниковой сумке — у 98,5 % пациентов, а в забрюшинной клетчатке — у 81,3 %. Аналогичные показатели при применении цефалоспоринов 3-го поколения (цефтриаксона, цефоперазона) и фторхинолонов (моксифлоксацина, гатифлоксацина) составили соответственно 84,6, 90 и 66,7 %.

Причем при парапанкреатическом инфильтрате включение в комплексную консервативную терапию антибиотиков из группы карбапенемов позволило у 32,4 % пациентов избежать образования острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений, а также оперативного вмешательства. При применении цефалоспоринов 3-го поколения и фторхинолонов этот показатель составил лишь 13,3 %. Послеоперационная летальность при асептическом панкреонекрозе составила 4,5 %, а при инфицированном некротическом панкреатите — 10,7 %.

Заключение. Хирургическая тактика при остром некротическом панкреатите должна учитывать форму и фазу течения болезни, а также предусматривать: отказ от ранних полостных операций при любой форме болезни; активную профилактику развития инфекционных осложнений при асептическом панкреонекрозе, в т.ч. путем устранения субстрата для нагноения, широкое использование миниинвазивных хирургических вмешательств (лапароскопия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, пункционно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвука), а также непосредственных хирургических вмешательств на поджелудочной железе из мини-доступов (люмботомии).

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, хирургическая тактика.

Лечение острого панкреатита представляет собой сложную и далекую от окончательного разрешения проблему экстренной хирургии органов брюшной полости. Прежде всего это обусловлено сложностью патогенеза и порой непредсказуемостью течения заболевания [1, 9]. Определенные трудности создает постоянное увеличение общего числа больных, а также тяжелых форм и осложнений болезни. По частоте возникновения острый панкреатит занимает уже второе место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту [6, 11]. Высокая социальная значимость проблемы обусловлена тем, что примерно 70 % — это пациенты трудоспособного возраста, как правило до 50 лет [5].

Общеизвестно, что примерно у 80–85 % пациентов наблюдается так называемый нетяжелый острый панкреатит, представленный преимущественно его отечной формой, который не нуждается в проведении как интенсивной терапии, так и хирургических вмешательств. В абсолютном большинстве случаев длительность его лечения не превышает 3–7 дней. Однако у 15–20 % пациентов развивается некротический панкреатит, который не только требует дорогостоящего и длительного лечения, но и обуславливает высокую общую и послеоперационную летальность [8]. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние десятилетия в консервативном и оперативном лечении, летальность при остром панкреатите остается еще достаточно высокой и составляет, по данным разных авторов, от 5 до 74 %. Причем на долю гнойных осложнений среди причин смерти больных приходится 57–80 %. Послеоперационная летальность при остром асептическом некротическом панкреатите составляет 21–25 %, при инфицированном — 35–40 % [2, 3, 10].

Острый некротический панкреатит — это динамически развивающийся воспалительный процесс, характеризующийся двумя пиками летальности, которые четко отражают, по сути, две различные стадии (фазы) развития острого некротического панкреатита. Первый пик наблюдается в первые 3–5 суток от начала заболевания. Наиболее частой причиной смерти является эндотоксиновый шок и синдром полиорганной недостаточности, чаще в связи с развитием субтотально-тотального некротического панкреатита. На начальной стадии заболевания воспалительный процесс как в самой железе, так и в забрюшинной клетчатке носит асептический характер. В этот период (в фазу асептического воспаления) возникают острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке, ферментативный перитонит, начинают формироваться панкреатические псевдокисты и др. как ответная реакция организма на некроз поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Таким образом, на данном этапе развивается острый асептический некротический панкреатит.

Спустя 10–15 дней от начала заболевания наступает стадия секвестрации и расплавления некротизирован-

ных участков поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Некоторое время секвестры остаются стерильными. Однако у 40–70 % больных присоединение инфекции приводит к развитию гораздо более тяжелого состояния — острого инфицированного некротического панкреатита (фаза гнойных осложнений), ведущую роль в возникновении которого играет транслокация эндогенной микрофлоры. В этот период формируются постнекротические инфицированные панкреатические и парапанкреатические жидкостные скопления в поджелудочной железе (абсцессы поджелудочной железы), сальниковой сумке (абсцессы сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки), клинические признаки которых наиболее часто проявляются к концу третьей — началу четвертой недели болезни. Частота инфицирования панкреонекроза в значительной степени определяется распространенностью патологического процесса, длительностью заболевания, качеством интенсивной терапии и тактикой хирургического лечения [4, 8].

В настоящее время для лечения острого некротического панкреатита применяется достаточно широкий спектр хирургических вмешательств — полостные (лапаротомные), внебрюшинные из мини-доступов (люмботомия), лапароскопические, эндоскопические, пункционно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвука. Однако дискуссионными остаются вопросы выбора способа и объема хирургического вмешательства, сроков его выполнения, последовательности применения той или иной операции на этапах лечения [7].

Приведенные данные свидетельствуют об актуальности проблемы и многих нерешенных вопросах, что настоятельно диктует необходимость дальнейшего поиска новых подходов к лечению такого тяжелого и сложного заболевания, как острый панкреатит.

Цель исследования — усовершенствовать показания к выбору способа и объема хирургического вмешательства и сроков его выполнения у пациентов с острым некротическим панкреатитом.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 7984 пациентов с острым панкреатитом в возрасте от 18 до 89 лет, которые находились на лечении в клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета с 1979 по 2012 г. Мужчин было 5429 (68 %), женщин — 2555 (32 %). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 2124 (26,6 %) больных, от 25 до 72 ч — у 5053 (63,3 %), более 72 ч — у 807 (10,1 %). Наиболее частыми причинами острого панкреатита явились: прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов — у 3776 (47,3 %) больных, одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) — у 2331 (29,2 %), идиопатический панкреатит — у 1501 (18,8 %) и патология терминального отдела холедоха — у 376 (4,7 %).

Острый отечный панкреатит отмечен у 6794 (85,1 %) больных, некротический панкреатит — у

1190 (14,9 %). Нетяжелый панкреатит выявлен у 6904 (86,5 %) больных, летальных исходов в данной группе пациентов не было. Тяжелый панкреатит диагностирован у 928 (11,6 %) больных, умерло — 163, летальность составила 17,6 %. Крайне тяжелый панкреатит выявлен у 152 (1,9 %) больных. Все пациенты с крайне тяжелым панкреатитом погибли. Длительность их пребывания в клинике составила от 20 мин до двух суток. Причиной смерти у данной категории больных стал эндотоксический шок на почве тотального или субтотального панкреонекроза. Консервативно пролечено 6970 (87,3 %) пациентов, оперировано — 1014 (12,7 %).

Результаты и обсуждение

В зависимости от тактики лечения все больные с острым панкреатитом были разделены на 4 группы. В 1-ю группу (1979—1998 гг.) вошло 217 пациентов, у которых основным хирургическим вмешательством была лапаротомия, в т.ч. ранняя, а также при развитии гнойных осложнений. Послеоперационная летальность составила 39,2 %.

Во 2-ю группу (1999—2001 гг.) вошло 84 пациента, у которых мы отказались от выполнения ранних вмешательств. Лапаротомия выполнялась лишь при развитии гнойных осложнений. Послеоперационная летальность составила 27,4 %.

В 3-ю группу (2002—2005 гг.) вошло 246 пациентов, у которых преимущественно применялись пунктирно-дренирующие операции под контролем ультразвука (ПДО-УЗ) и люмботомия при гнойных осложнениях, а также эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства (ЭХТВ) при билиарном панкреатите. Послеоперационная летальность составила 13,4 %: при небилиарном панкреатите — 15,8 %, при билиарном — 2,3 %.

Анализ полученных данных свидетельствовал о том, что, несмотря на снижение показателей, послеоперационная летальность при остром панкреатите сохраняется на достаточно высоком уровне. По нашему мнению, это связано с тем, что большинство операций выполнялось уже при развившихся гнойных осложнениях, что, несомненно, утяжеляло состояние больных и обусловило недостаточное снижение летальности. В связи с этим в 4-й группе (2006—2012 гг.) мы придерживались следующей тактики лечения.

При остром отечном панкреатите проводили комплексную консервативную терапию, оперативные вмешательства не выполняли. Даже при наличии острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке (оментобурсита), которые, правда, при отечном панкреатите бывают достаточно редко, воздерживались от применения даже мини-инвазивных вмешательств. Это связано с тем, что оментобурсит при отечном панкреатите, как правило, подвергается обратному развитию.

При остром асептическом некротическом панкреатите без парапанкреатических жидкостных скоплений (в т.ч. при наличии парапанкреатического инфильтра-

та), а также при наличии острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке (оментобурсита) при объеме жидкостного образования, по данным сонографии, менее 50 мл, острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке при объеме жидкостного образования, по данным сонографии, менее 100 мл, острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке в виде ограниченной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки (при отсутствии инфильтрации и боли в поясничной области, а также при условии нормальной или субфебрильной температуры тела) проводили комплексную консервативную терапию, включая антибиотики широкого спектра действия и др., и осуществляли сонографический мониторинг.

По нашему мнению, хирургическое лечение острого панкреатита должно преследовать следующие цели:

- ликвидацию причины заболевания — билиарный панкреатит;

- ликвидацию, по сути, субстрата для нагноения — острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке, забрюшинной клетчатке и свободной брюшной полости;

- ликвидацию некротического и/или гнойного очага — постнекротических инфицированных панкреатических и/или парапанкреатических жидкостных скоплений в поджелудочной железе или сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, отграниченных участков некротизированной паренхимы поджелудочной железы (секвестры) и т.д.

В зависимости от времени выполнения все хирургические вмешательства при остром некротическом панкреатите мы подразделяем на три группы: экстренные, ранние отсроченные и поздние отсроченные операции.

Экстренные хирургические вмешательства выполняем в ближайшие 2—4 часа от момента госпитализации больного в хирургический стационар. Показанием к ним является разлитой перитонит — ферментативный или гнойный. При ферментативном перитоните предпочтение отдаем лапароскопическому дренированию брюшной полости или лапароцентезу с обязательным определением в воспалительной жидкости активности α -амилазы, бактериоскопическим и бактериологическим исследованием содержимого брюшной полости. При ферментативном перитоните дренажи из брюшной полости удаляем, как правило, через 2—4 суток. Более длительное их стояние может привести к инфицированию и образованию абсцессов брюшной полости.

При разлитом гнойном перитоните операцией выбора считаем срединную лапаротомию, санацию и адекватное дренирование брюшной полости, в т.ч. сальниковой сумки. Как правило, никакие вмешательства на поджелудочной железе не выполняем. При явной желчной гипертензии целесообразно наложение наружной холестерстомы. При признаках высокой кишечной непроходимости, при наличии выраженного парапанкреатического инфильтрата, распространяющегося на брыжейку

ободочной кишки, показана энтеростомия или интубация кишечника через гастростому. Операцию завершаем наложением лапаростомы, в последующем выполняем программированные санации брюшной полости.

Ранние отсроченные хирургические вмешательства выполняем в ближайшие 5–72 часа с момента госпитализации пациента в хирургическое отделение, т.е. в 1-й фазе острого панкреатита — фазе асептического воспаления. Показаниями к ним являются:

1. Билиарный панкреатит (конкремент, вклиненный в ампулу большого сосочка двенадцатиперстной кишки, папиллостеноз и др.). Операцией выбора считаем эндоскопическую папиллосфинктеротомию, которую выполняем в ближайшие 5–48 часов с момента поступления больного.

2. Острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит) при объеме жидкостного образования, по данным сонографии, более 50 мл, острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке при объеме жидкостного образования, по данным сонографии, более 100 мл — показано выполнение пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука; острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки (явная инфильтрация и боли в поясничной области, повышение температуры тела до 38 °С и более — необходимость выполнения операции может возникнуть на 4–6-е сутки болезни) — показано вскрытие и дренирование инфильтрата поясничным (внебрюшинным) доступом.

3. Синдром интраабдоминальной гипертензии (повышение внутрибрюшного давления более 20 мм рт.ст., или 27 см вод.ст.) — операцию выполняем сразу после установления синдрома интраабдоминальной гипертензии. У данной категории пациентов показано открытое ведение брюшной полости (лапаротомии).

Поздние отсроченные хирургические вмешательства выполняем через 10–14 суток от начала заболевания, т.е. во 2-й фазе острого панкреатита — фазе гнойных осложнений. Показаниями к ним являются:

1. Постнекротические инфицированные панкреатические и/или парапанкреатические жидкостные скопления в поджелудочной железе или сальниковой сумке (абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки), а также инфицированные панкреатические псевдокисты. При абсцессе поджелудочной железы или сальниковой сумки, а также при флегмоне забрюшинной клетчатки в виде жидкостного скопления выполняем пункцию и дренирование абсцесса/флегмоны под контролем ультразвука. При флегмоне забрюшинной клетчатки в виде «гнояных сот» считаем показанным вскрытие и дренирование ее поясничным (внебрюшинным) доступом.

2. Отграниченные участки некротизированной паренхимы поджелудочной железы (секвестры). При отграниченных участках некротизированной (инфицированной) паренхимы поджелудочной железы (сек-

вестрах) достаточно больших размеров в области тела и хвоста поджелудочной железы их удаляем из минидоступов, внебрюшинно (путем люмботомии), а при локализации в области головки поджелудочной железы целесообразно выполнить лапаротомию, некрсеквестрэктомию, оментобурсостомию.

3. Острая псевдокиста поджелудочной железы. При диаметре кисты 3 см и более показана ее пункция и аспирация содержимого под контролем ультразвука с последующим сонографическим мониторингом. При необходимости выполняем повторные пункции кисты. При меньшем диаметре кисты показана комплексная консервативная терапия в сочетании с сонографическим мониторингом.

4. Билиарная гипертензия, обусловленная сдавлением интрапанкреатического отдела общего желчного протока увеличенной в размерах поджелудочной железой, острый ферментативный холецистит. У этих пациентов выполняем чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию под контролем ультразвука или лапароскопическую или открытую холецистостомию в ближайшие 5–48 часов с момента госпитализации больного.

Данная тактика лечения применена у 467 пациентов. Послеоперационная летальность составила 6 %: при небилиарном панкреатите — 7,5, при билиарном — 2,2 %. Включение в комплексную интенсивную терапию антибиотиков широкого спектра действия, и прежде всего карбапенемов (имипенем-циластатина, меропенема), при асептическом панкреонекрозе позволило у 94,5 % пациентов избежать развития гнойных осложнений: при локализации острых асептических жидкостных скоплений в сальниковой сумке — у 98,5 % пациентов, а в забрюшинной клетчатке — у 81,3 %. Аналогичные показатели при применении цефалоспоринов 3-го поколения (цефтриаксона, цефоперазона) и фторхинолонов (моксифлоксацина, гатифлоксацина) составили соответственно 84,6, 90 и 66,7 %.

Причем при парапанкреатическом инфильтрате включение в комплексную консервативную терапию антибиотиков из группы карбапенемов позволило у 32,4 % пациентов избежать образования острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений, а также оперативного вмешательства. При применении цефалоспоринов 3-го поколения и фторхинолонов этот показатель составил лишь 13,3 %.

Послеоперационная летальность при асептическом панкреонекрозе составила 4,5 %, а при инфицированном некротическом панкреатите — 10,7 %.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что снижение летальности в 4-й группе в первую очередь достигнуто за счет применения дифференцированного подхода к выбору способа и объема хирургического вмешательства, уменьшения числа пациентов с инфицированным панкреатитом, более широкого применения малотравматичных вмешательств, а также непосредственных хирургических операций на поджелудочной железе из минидоступов (внебрюшинного доступа).

Висновки

1. Показання к виконанню хірургічного втручання, строки його виконання, вибір способу і об'єму операції, а також етапність їх застосування повинні залежати від фази течії захворювання і розвинутих ускладнень.

2. Більш активна хірургічна тактика у пацієнтів з асептичним некротичним панкреатитом (ПДО-УЗ, люмботомія) в поєднанні з комплексною інтенсивною терапією, включаючою антибіотики широкого спектра дії, сприяє зменшенню числа інфекційних ускладнень, в першу чергу за рахунок усунення субстрату для нагноєння.

3. Препаратами вибору для стартової емпіричної антибактеріальної терапії у пацієнтів з острим асептичним, так і з інфікованим некротичним панкреатитом є карбапенем (імипенем-циластатин, меропенем).

4. Для покращення результатів лікування пацієнтів з інфікованим некротичним панкреатитом сприяє широке використання програмованих санаций брюшної порожнини при розповсюдженій гнійній перитоніті, ПДО-УЗ — при абсцесах піджелудочної залози або сальникової сумки і при флегмоні забрюшинної клітковини в формі рідинного згустку, люмботомії — при флегмоні забрюшинної клітковини в формі «гнійних сот».

5. Виконання порожнинного хірургічного втручання, здійсненого в екстремній формі з приводу ферментативного перитоніту (т.є. в асептичну фазу панкреонекрозу), а також з приводу острого отечного панкреатиту, слід вважати необґрунтованим лікувальним заходом.

Список літератури

1. Дронов О.І. Особливості застосування динамічної лапароскопії та етапної некротомії заочеревинного простору у хворих, оперованих з приводу острого некротичного панкреатиту / Дронов О.І. // *Клінічна хірургія*. — 2009. — № 7/8. — С. 21-22.

2. Дронов О.І. Тактика лікування хворих із острим некротичним панкреатитом / О.І. Дронов, І.О. Ковальська // *Хірургія України*. — 2008. — № 4 (додаток 1). — С. 89-90.
3. Мини-інвазивний метод лікування кист піджелудочної залози / Б.С. Запорожченко, В.І. Шишов, А.А. Горбунов, І.Е. Бородаєв // *Клінічна хірургія*. — 2008. — № 4-5. — С. 47.
4. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильєв, М.В. Конькова. — Донецьк, 2008. — 352 с.
5. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: концептуальные проблемы диагностики и тактики лечения / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова // *Український журнал хірургії*. — 2009. — № 1. — С. 68-76.
6. Современные методы диагностики и лечения острого панкреатита / И.А. Криворучко, А.М. Тищенко, Р.М. Смачило, А.В. Малоштан // *Международный медицинский журнал*. — 2006. — № 2. — С. 87-91.
7. Ничитайло М.Ю. Ефективність профілактики гнійно-септичних ускладнень у хворих на асептичний панкреонекроз / М.Ю. Ничитайло // *Клінічна хірургія*. — 2008. — № 11/12. — С. 59-60.
8. Павловський М.П. Вибір тактики хірургічного лікування хворих острим некротичним панкреатитом / Павловський М.П., Чуکلін С.Н. // *Одеський медичний журнал*. — 2001. — № 1. — С. 13-16.
9. Beger H.G. Antibiotic Prophylaxis in Severe Acute Pancreatitis May Not Improve Outcomes/ Beger H.G. // *Gastroenterology*. — 2007. — Vol. 127. — P. 997-1004.
10. Keim V. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis / V. Keim // *Z. Gastroenterol.* — 2005. — № 5. — P. 461-466.
11. Surgical management of acute necrotizing pancreatitis: a 13-year experience and a systematic review / V.B. Nieuwenhuijs, M.G. Besselink, L.P. van Minnen, H.G. Gooszen // *Gastroenterol.* — 2008. — № 239. — P. 111-116.

Получено 06.07.13 □

Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Васильєв А.А., Єпіфанцев А.А., Джансиз І.Н., Ширшов І.В., Юдін А.А.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк, Україна

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Резюме. Мета дослідження — удосконалити показання до вибору способу й обсягу хірургічного втручання і строків його виконання в пацієнтів із острим некротичним панкреатитом.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати лікування 7984 пацієнтів із острим панкреатитом віком від 18 до 89 років, які перебували на лікуванні в клініці з 1979 по 2012 р. Тривалість захворювання до 24 год відзначена у 2124 (26,6 %) хворих, від 25 до 72 год — у 5053 (63,3 %), понад 72 год — у 807 (10,1 %). Консервативно проліковано 6970 (87,3 %) хворих, оперовано — 1014 (12,7 %).

Результати й обговорення. У 217 пацієнтів (1-ша група — 1979–1998 рр.) основним хірургічним втручанням була лапаро-

томія, у т.ч. рання і при розвитку гнійних ускладнень. Летальність становила 39,2 %.

У 84 пацієнтів (2-га група — 1999–2001 рр.) ми відмовилися від виконання ранніх втручань, лапаротомія виконувалася лише при розвитку гнійних ускладнень. Летальність становила 27,4 %.

У 246 пацієнтів (3-тя група — 2002–2005 рр.) переважно застосовувалися пункційно-дренувальні операції під контролем ультразвуку (ПДО-УЗ) і люмботомія при гнійних ускладненнях, а також ендоскопічні хірургічні транспілярні втручання (EXTB) при біліарному панкреатиті. Летальність ста-

новила 13,4 %: при небіліарному панкреатиті — 15,8 %, при біліарному — 2,3 %.

У 467 пацієнтів (4-та група — 2006–2012 рр.) показання до виконання хірургічного втручання, строки його виконання, вибір способу й обсягу операції, а також етапність їхнього застосування залежали від фази перебігу хвороби й ускладнень, що розвинулися. Більш широко застосовувалися ПДО-УЗ, люмботомія, насамперед при асептичному панкреонекрозі, а також ЕХТВ при біліарному панкреатиті дозволило значно знизити число гнійних ускладнень захворювання й післяопераційну летальність.

Післяопераційна летальність становила 6 %: при небіліарному панкреатиті — 7,5 %, при біліарному — 2,2 %. Включення в комплексну інтенсивну терапію антибіотиків широкого спектра дії, і насамперед карбапенемів (іміпенему-циластатину, меропенему), при асептичному панкреонекрозі дозволило в 94,5 % уникнути розвитку гнійних ускладнень: при локалізації гострих асептичних рідинних скупчень у сальниковій сумці — у 98,5 % пацієнтів, а в заочеревинній клітковині — у 81,3 %. Аналогічні показники при застосуванні цефалоспоринов 3-го покоління (цефтріаксону, цефоперазону) і фторхінолонів (моксифлоксацину, гатифлоксацину) були відповідно 84,6, 90 і 66,7 %.

Причому при парапанкреатичному інфільтраті включення в комплексну консервативну терапію антибіотиків із групи карбапенемів дозволило в 32,4 % пацієнтів уникнути утворення гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень, а також оперативного втручання. При застосуванні цефалоспоринов 3-го покоління й фторхінолонів цей показник склав лише 13,3 %. Післяопераційна летальність при асептичному панкреонекрозі становила 4,5 %, а при інфікованому некротичному панкреатиті — 10,7 %.

Висновок. Хірургічна тактика при гострому некротичному панкреатиті повинна враховувати форму й фазу перебігу хвороби, а також передбачати: відмову від ранніх порожнинних операцій при будь-якій формі хвороби; активну профілактику розвитку інфекційних ускладнень при асептичному панкреонекрозі, у т.ч. шляхом усунення субстрату для нагноєння, широке використання міні-інвазивних хірургічних втручань (лапароскопія, ендоскопічна папілосфінктеротомія, пункційно-дренувальні втручання під контролем ультразвуку), а також безпосередніх хірургічних втручань на підшлунковій залозі з міні-доступів (люмботомії).

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, хірургічна тактика.

*Kondratenko P.G., Konkova M.V., Vasiliev A.A., Yepifantsev A.A., Djansiz I.N., Shirshov I.V., Yudin A.A.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine*

SURGICAL TACTICS IN ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Summary. The objective of the study — to improve the indications for the choice of the method and the amount of surgery and terms of its performance in patients with acute necrotizing pancreatitis.

Material and Methods. We have analyzed the outcomes of treatment of 7984 patients with acute pancreatitis at the age of 18 to 89 years who were treated in the clinic from 1979 to 2012. Disease duration up to 24 h was observed in 2124 (26.6 %) patients, from 25 to 72 h — in 5053 (63.3 %), more than 72 h — in 807 (10.1 %). 6970 (87.3 %) patients were treated conservatively, 1014 (12.7 %) patients were operated.

Results and Discussion. In 217 patients (1st group — 1979–1998) the main surgical procedure was laparotomy, including the early one and in the development of septic complications. The mortality rate was 39.2 %.

In 84 patients (2nd group — 1999–2001) we withdrew from carrying out early interventions, laparotomy was performed only in the development of purulent complications. The mortality rate was 27.4 %.

In 246 patients (3rd group — 2002–2005) we mainly used puncture-draining operations under ultrasound (PDO-US) control and lumbotomy in septic complications, as well as endoscopic surgical transpapillary interventions (ESTI) in biliary pancreatitis. The mortality rate was 13.4 %: in nonbiliary pancreatitis — 15.8 %, in biliary — 2.3 %.

In 467 patients (4th group — 2006–2012) indications for surgery, the terms of its timing of its implementation, the choice of the method and volume of the procedure, as well as staging of their application depended on the phase of the disease and developed complications. PDO-US lumbotomy, especially in aseptic pancreonecrosis

were more widely used, and ESTI in biliary pancreatitis significantly reduced the number of suppurative complications of the disease and postoperative mortality.

Postoperative mortality was 6 %: in nonbiliary pancreatitis — 7.5 %, in biliary — 2.2 %. Inclusion in comprehensive critical care of broad-spectrum antibiotics, especially carbapenems (imipenem-cilastatin, meropenem), in aseptic pancreonecrosis made it possible to avoid in 94.5 % the development of septic complications: in the localization of acute aseptic liquid accumulations in the omental bursa — in 98.5 % of the patients, and in retroperitoneal fat — in 81.3 %. Similar rates when using cephalosporins of 3rd generation (ceftriaxone, cefoperazone) and fluoroquinolones (moxifloxacin, gatifloxacin) were, respectively, 84.6; 90 and 66.7 %.

And in parapaneatic infiltrate inclusion in a comprehensive conservative treatment of antibiotics from the group of carbapenems enabled to avoid in 32.4 % of patients acute aseptic parapaneatic liquid clusters, as well as surgery. In the application of cephalosporins of 3rd generation and fluoroquinolones, this index was only 13.3 %. Postoperative mortality in aseptic pancreonecrosis was 4.5 %, and in infected necrotizing pancreatitis — 10.7 %.

Conclusion. Surgical approach in acute necrotizing pancreatitis should take into account the form and phase of the disease, and provide: the rejection of earlier abdominal operations in any form of the disease; active prevention of infectious complications in aseptic pancreonecrosis, including by removing the substrate for suppuration, extensive use of minimally invasive surgery (laparoscopy, endoscopic papillosphincterotomy, puncture-draining interventions under ultrasound control) as well as the immediate surgery on the pancreas from minimal access (lumbotomy).

Key words: acute necrotizing pancreatitis, surgical approach.