

МІНІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, ГАНГРЕНОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА АБСЦЕСУ ПЕЧІНКИ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

*М.І.Тутченко,
Д.В.Ярошук, Т.Г.Тараненко*

**Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
Київ, Україна**

Описано клінічний випадок діагностики та ефективного етапно-оперативного лікування інфікованого некротичного панкреатиту, ускладненого відокремленими осередками некрозу в параколичній клітковині, гострим гангренозним холециститом, піогенним абсцесом печінки, панкреатогенним сепсисом.

***Ключові слова:* панкреонекроз, некроеквестректомія, лапароскопія, дренивання.**

Вступ

Актуальність проблеми лікування панкреонекрозу обумовлена значним збільшенням кількості хворих і стабільно високою летальністю, пов'язаною зі збільшенням кількості розповсюджених форм панкреонекрозу, які супроводжуються високою частотою розвитку тяжкого панкреатогенного шоку, поліорганної недостатності і вираженими гнійно-некротичними ускладненнями [1, 4, 5]. Летальність при гострому панкреатиті за останні 20 років не змінилася і коливається в межах 5-7%. Летальність без диференціації клінічних форм панкреонекрозу досягає 23,6-26,0% [6, 7], при цьому частка гнійних ускладнень серед причин смерті хворих на некротичний панкреатит становить 57,3-80%. Післяопераційна летальність при стерильному некротичному панкреатиті [9] реєструється нарівні 21-25%, при інфікованому — 35-40% [7-9]. Летальність при гострому холециститі

коливається від 1,9% до 8%, досягаючи 46% у хворих з гострим гангренозним холециститом [3]. Активна хірургічна тактика і своєчасне застосування антибіотиків дозволили знизити частоту піогенних абсцесів печінки до 0,007-0,015% і летальність — до 20% [2]. Частота септичних ускладнень панкреонекрозу в різні терміни від початку захворювання варіює від 40% до 70% [10, 11]. Летальність при панкреонекрозі внаслідок різних форм панкреатогенного сепсису досягає 80% [12]. Наведені дані свідчать про актуальність проблеми і доцільність удосконалення раціонального алгоритму хірургічного лікування хворих деструктивним панкреатитом.

Клінічне спостереження

Хворий М., 44 роки, захворів 01.01.2013 р, госпіталізований до КМКЛШМД 02.01.2013 р. в ургентному порядку зі скаргами на інтенсивні болі в епігастрії з іррадіацією в попереk, багаторазову блювоту, здуття живота. Обстежений клінічно і лабораторно: АТ — 120/80 мм рт.ст., ЧСС — 95 уд./хв., ЗАК: Нв — 180 г/л, лейкоц. — $15,2 \cdot 10^9$ /л; біохімічні показники крові визначити неможливо — хільозна сироватка, глюкоза — 12,4 ммоль/л. УЗД черевної порожнини: перистальтика не визначається, петлі кишківника роздуті, жовчний міхур збільшений 90×38 мм, рапсгеас не візуалізується, у підпечінковому просторі незначна кількість рідини.

Попередній діагноз: г. панкреатит.

Лікування: інфузійна детоксикаційна, спазмолітична терапія, антисекреторна терапія (контролок, контрікал, октрестатин), антибіотикотерапія (гепацеф-комбі). З метою знеболення, стимуляції перистальтики, покращення мікроциркуляції в зоні рапсгеас хворому виконано катетеризацію епідурального простору з подальшим введенням маркаїну. Незважаючи на проведені заходи, стан хворого погіршився: болі змістилися в праву здухвинну ділянку, з'явилися позитивні симптоми подразнення очеревини, олігурія. 03.01.2013 р. Виконано лікувально-діагностичну лапароскопію: в малій мисці, над- і підпечінковому просторі до 600 мл каламутної рідини, яка евакуйована (α -амілаза — 189 г/г.л), при бактеріологічному дослідженні росту мікрофлори не зареєстровано. В проекції рапсгеас визначається щільний інфільтрат, множинні стеатонекрози. Виконано дренивання підпечінкового простору, малої миски, заочеревинної клітковини правого бокового каналу. Післяопераційний діагноз: стерильний некротичний панкреатит, гостре на-

копичення рідини в заочеревинній клітковині правого бокового каналу та парапанкреатичній клітковині, ферментативний перитоніт. У післяопераційному періоді з першої доби проведено курси плазмаферезу та овосорбції. Стан хворого покращився: зменшилися болі в животі, відійшли гази, діурез до 1500 мл за добу. ЗАК: Нв — 140 г/л, лейкоц. — $11 \cdot 10^9$ /л. Лейкоцитарна формула — зсув вліво (ПЯЛ — 7%). Біохімія крові (заг. біл. — 76 г/л, заг. білір. — 21 мкмоль/л, пр. білірубін — 10 мкмоль/л, АлАт 0,81 ммоль/л, АсАт 0,39 ммоль/л, α -амілаза — 33 г/г.л, глюкоза — 5,3 ммоль/л, сечовина — 8 ммоль/л). 08.01.2013 р. УЗД черевної порожнини: гепатомегалія, холестаза, рапсгеас збільшена: головка — 36 мм, тіло — 28 мм, структура паренхіми порушена, парапанкреатична, параколична клітковина праворуч інфільтрована.

Заключення: некротичний панкреатит, інфільтрат парапанкреатичної та параколичної заочеревинної клітковини справа. Продовжено консервативне лікування, інфузійну детоксикаційну, спазмолітичну, антисекреторну, антибактеріальну (левофлоксацин) терапію. За результатами УЗД моніторингу: відбувається формування об'ємного рідинного утвору в заочеревинному просторі справа, останній діаметром близько 7 см. 23.01.2013 р. Стан хворого погіршився: з'явилися болі по правому фланку живота, ознаки інтоксикації (t тіла — 38-39 С, ЗАК: лейкоц. — $45 \cdot 10^9$ /л. Лейкоцитарна формула — зсув вліво (ПЯЛ — 10%). Враховуючи клінічні дані, наявність інтоксикації, дані УЗД (наявність в заочеревинному просторі, по ходу висхідної кишки, рідинного утворення із секвестрами).

29.01.2013 р. Виконано лапароскопічноасистовану некрсеквестретомию, дренажування заочеревинного простору справа, черевної порожнини. У проекції підшлункової залози відмічалася інфільтрація, по правому фланку ретроколично наявний інфільтрат з ділянкою розм'якшення та флюктуацією. Абсцес розкритий, видалено до 150 мл гною із секвестрами, матеріал направлено на бактеріологічне дослідження (отримано масивний ріст E.coli, чутливої до карбопенемів). Виконана люмботомія, дренажування заочеревинного простору. У подальшому проводилась: антибактеріальна терапія (меропенем), санація гнійних вогнищ розчинами (декасан, хлоргексидин). Відмічалось поліпшення стану хворого: поступове зменшення кількості гнійних відділень та секвестрів, зменшення показників інтоксикації (t тіла в межах 37,2-37,8 С, ЗАК: лейкоц. — $8 \cdot 10^9$ /л, формула крові та біохімічні показники в межах норми).

04. 03.2013 р. Стан хворого погіршився: з'явилися болі в правій половині живота, ознаки інтоксикації (t тіла — 38-39 С, ЗАК: лейкоц. — $15 \cdot 10^9$ /л). УЗД черевної порожнини: жовчний міхур збільшений у розмірах 13×7 см, стінка потовщена — 6 мм, двоконтурна, наявність перивезикальної рідини.

Заключення: ознаки гострого гангренозного холециститу.

04.03.2013 р. Хворий оперований в невідкладному порядку: лапароскопічна холецистектомія, дренування підпечінкового простору. Стан хворого в післяопераційному періоді характеризується як септичний: збільшення t тіла — 39 С, порушення водно-електролітного стану, анемія — Нв — 78 г/л, лейкоц. — $15 \cdot 10^9$ /л, гіпотермія — 48 г/л, гіпотензія АТ — 90/50 мм рт.ст., ЧСС — 120 уд./хв. Виконано корекція водно-електролітного стану, диспротеїнемії, гемотрансфузія (переливання двох доз відмитих еритроцитів), антибактеріальна терапія (цефтазидим+амікацин). По дренажах з підпечінкового простору спостерігалось виділення гною з детритом, підтікання жовчі в об'ємі близько 400 мл, яке поступово припинилося на четвертий тиждень після операції. За результатами УЗД моніторингу: відбувалось формування абсцесу в V сегменті печінки. 15.03.2013 р. Виконано зовнішнє черезшкірне дренування абсцесу в V сегменті печінки під контролем УЗД. У міхурі голкою Chiba пунктовано вогнищеве рідинне утворення (7×3,4 см), отримано 70 мл гною, матеріал направлено на бактеріологічне дослідження (отримано ріст *E.coli*, чутливої до цефалоспоринів, аміноглікозидів). У порожнину абсцесу встановлений катетер «Pig tail» з активною аспірацією. Продовжено антибактеріальну терапію та санація порожнини абсцесу розчином декасану. Спостерігалось прогресивне поліпшення стану хворого: нормалізація t тіла, лабораторних показників, зменшення порожнини абсцесу за результатами УЗД, зменшення виділень по дренажах. 06.04.2013 р. Видалено дренажі з порожнини абсцесу та підпечінкового простору. Стан хворого поступово відновлювався.

19.04.2013 р. Виписаний додому в задовільному стані (лабораторні та клінічні показники в межах норми). Заключний діагноз: Інфікований некротичний панкреатит з відмежованим некрозом заочеревинної параколичної та парапанкреатичної клітковини, панкреатогенний сепсис, гострий гангренозний холецистит, піогенний абсцес печінки.

Висновки

Описано клінічний випадок ефективного етапного застосування мініінвазивних оперативних втручань при некротичному панкреатиті, наведені результати обстеження та лікування хворого. Проведена оцінка лікувально-діагностичних дій та продемонстрована доцільність застосування мініінвазивних технологій.

1. Лапароскопічне дренування дозволяє поліпшити якість діагностики та реалізувати головне завдання першого етапу лікування — забезпечити постійну евакуацію токсичного перитонеального випоту.

2. При ізольованих скупченнях рідини та некротичних компонентів в області підшлункової залози, сальникової сумки, заочеревинного простору доцільно використовувати лапароскопічну некрсеквестректомію.

3. Лапароскопічна холецистектомія є операцією вибору при деструктивному холециститі.

4. При піогенних абсцесах печінки показані черезшкірні пункції, які доцільно завершувати черезшкірним дренуванням.

Література

1. Розенко О.В. Оптимізація лікування хворих з масивним панкреонекрозом // *Хірургія України*. — 2010. — №4. — С. 63-65.
2. Хацко В.В., Дудин А.М., Потапов В.В. Сучасні аспекти етіопатогенезу, діагностики і лікування абсцесів печінки, їх роль в розвитку міліарного сепсису // *Питання експериментальної та клінічної медицини. Збірник статей*. — 2012. — Вип. 16, т. 3. — С. 214-219.
3. Тарасов О.Н. Щадящие методы лечения острого холецистита у лиц с высокой степенью операционно-анестезиологического риска: Автореф. дис. к.мед.н. — Курск, 1999. — 16 с
4. Савельев В.С. Оцінка ефективності сучасних методів лікування деструктивного панкреатиту // *Аннали хір. гепатол.* — 1996. — №1. — С. 58-61.
5. Савельев В.С. Гострий панкреатит. — М., 1983. — 212 с.
6. Прудков М.І., Шулутко А.М., Галимзянов Ф.В. та ін. Мінімально інвазивна хірургія некротизуючого панкреатиту: посібник для лікарів. — Єкатеринбург, 2001.
7. Дарвін В.В., Оніщенко С.В. та ін. Мініінвазивні технології в лікуванні гострого панкреатиту // *Хірургія*. — 2009. — №1. — С. 29-32.
8. Beger H.G., Rau B., Mayer G., Pralle U. *World J. Surg.* — 1997. — №2. — P. 130-135.
9. T.L. Bollen, van H.C.Santvoort, M.G.Besselink [et al.]. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited // *Br. J. Surg.* — 2008. — Vol. 95, №1. — P. 6-21.

10. Barie P.S. A critical review of antibiotics profilaxis in severe acute pancreatitis // Am. J. Surg. — 1996. — Vol. 172, suppl. 6A. — P. 38-43.
11. Ho H.S., Frey C.F. The role of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis // Arch. Surg. — 1997. — №132. — P. 487-493.
12. Kramer K.M., Levy H. Prophylactic antibiotics for severe acute pancreatitis: the begining of an era // Pharmacotherapy. — 1999. — Vol. 19, №5. — P. 592-602.

М.И.Тутченко, Д.В.Ярошук, Т.Г.Тараненко. Миниинвазивные технологии в лечении острого некротического панкреатита, гангренозного холецистита и абсцесса печени (клиническое наблюдение). Киев, Украина.

Ключевые слова: панкреонекроз, некрсеквестрэктомия, лапароскопия, дренирование.

Описан клинический случай диагностики и эффективного этапного оперативного лечения инфицированного некротического панкреатита, осложненного отдельными очагами некроза в параколичной клетчатке, острым гангренозным холециститом, пиогенным абсцессом печени, панкреатогенным сепсисом. Описан клинический случай эффективного этапного применения миниинвазивных оперативных вмешательств при некротическом панкреатите, приведены результаты обследования и лечения больного. Проведена оценка лечебно-диагностических действий и продемонстрирована целесообразность применения миниинвазивных технологий. Установлено, что лапароскопическое дренирование позволяет улучшить качество диагностики и реализовать главную задачу первого этапа лечения — обеспечить постоянную эвакуацию токсического перитонеального выпота. При изолированных скоплениях жидкости и некротических компонентов в области поджелудочной железы, сальниковой сумки, забрюшинного пространства целесообразно использовать лапароскопическую некрсеквестрэктомия. Лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора при деструктивном холецистите. При пиогенных абсцессах печени показаны чрескожные пункции, которые целесообразно завершить чрескожным дренированием.

M.I.Tutchenko, D.V.Yaroshuk, T.G.Taranenko. Minimally invasive techniques in the treatment of acute necrotizing pancreatitis, gangrenous cholecystitis and abscess of the liver (clinical case). Kyiv, Ukraine.

Key words: pancreatic necrosis, necrosectomy, laparoscopy, drainage.

A clinical case of diagnosing and effective surgical treatment of the infected necrotizing pancreatitis complicated by a specific focal necrosis in paracolic tissue, acute gangrenous cholecystitis, pyogenous liver abscess, pancreatogenous sepsis is described. The clinical case of the effective use of staging minimally invasive surgery of the necrotizing pancreatitis is specified. The results of examination and treatment of the patients are given. The evaluation of therapeutical and diagnostic activities is made and the feasibility of minimally invasive techniques is demonstrated. It is established that laparoscopic drainage can improve the quality of diagnosing and realize the main task of the first stage of treatment — to provide a permanent evacuation of the toxic peritoneal effusion. Laparoscopic necrosectomy can be reasonably used in case of isolated clusters of fluid and necrotic components of the pancreas, omentum bursa, retroperitoneal space. Laparoscopic cholecystectomy is a procedure of choice at the destructive cholecystitis. In case of pyogenic liver abscess it is recommended to use percutaneous punctures that should be completed with percutaneous drainage.