

DOI: 10.26693/jmbs02.04.087

УДК 616.37-002.1-092-07-085

Максим'юк В. В., Тарабанчук В. В., Баранецький Ф. І.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ХВОРИХ НА ВОГНИЩЕВИЙ ІНФІКОВАНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Кафедра хірургії № 1 (зав. кафедри – проф. І. Ю. Полянський)

maxsurg@ukr.net

Проведено порівняльний аналіз результатів лікування 28 хворих на вогнищевий інфікований панкреонекроз у другій фазі розвитку гострого некротичного панкреатиту. До групи контролю увійшли 13 хворих, лікування яких здійснювалось згідно чинних стандартів. Основну групу склали 15 пацієнтів, у яких застосовували запропоновані підходи до оптимізації лікувальної тактики. Встановлено, що застосування запропонованих підходів до оптимізації хірургічної тактики та комплексного лікування хворих на вогнищевий інфікований панкреонекроз дозволило знизити кількість післяопераційних ранових ускладнень на 42,1% та скоротити тривалість стаціонарного лікування хворих всередньому на 8 ліжко-днів.

Ключові слова: вогнищевий інфікований панкреонекроз, лікувальна тактика.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота є фрагментом НДР «Нові підходи до діагностики і лікування гострого панкреатиту та його ускладнень», № державної реєстрації 0111U006497.

Вступ. Основним напрямком у виборі лікувальної тактики і методів лікування гострого панкреатиту (ГП) повинен бути фазово-етапний підхід з максимальним використанням новітніх способів хірургічної інвазії у відповідності з варіантами протікання запального процесу в тканинах підшлункової залози (ПЗ), його формою, стадією, періодом розвитку ускладнень [1-5]. Разом з тим, загальноприйнятні стандарти лікування ГП не в повному об'ємі враховують наведені критерії вибору лікувальної тактики, що обґрунтовує необхідність їх доопрацювання.

Мета дослідження. Оцінити ефективність запропонованих підходів до оптимізації лікувальної тактики у хворих на вогнищевий інфікований панкреонекроз (ВІП).

Об'єкт і методи дослідження. Проведено порівняльний аналіз результатів лікування 28 хворих на ВІП у другій фазі розвитку ГП, яких розділя-

ли на дві групи. До групи контролю увійшли 13 хворих, лікування яких здійснювалось згідно чинних стандартів та уніфікованого клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим із ГП [6, 7]. Основну групу склали 15 хворих, у яких застосовували напрацьовані підходи до оптимізації лікувальної тактики при ВІП ($\chi^2=0,414$, $p=0,520$).

Наявність інфікування панкреонекрозу визначали за позитивними результатами мікробіологічних досліджень уражених тканин, вмісту рідинних утворень (скопичення рідини, абсцес, псевдокиста) та перитонеального ексудату, забір яких проводився при виконанні хірургічних інвазій (пункція, відеолапароскопія, лапаротомія).

Від кожної людини отримано письмову згоду на проведення дослідження, згідно з рекомендаціями етичних комітетів з питань біомедичних досліджень, законодавства України про охорону здоров'я та Гельсінської декларації 2000 р., директиви Європейського товариства 86/609 стосовно участі людей у медико-біологічних дослідженнях.

Статистичну залежність між величинами одержаних показників перевіряли шляхом визначення критеріїв Стьюдента, Фішера та Пірсона.

Результати дослідження та їх обговорення.

Згідно напрацьованих підходів особливості вибору хірургічної тактики безпосередньо залежали від виду ускладнень ВІП. Хірургічне лікування хворих, зважаючи на характер ускладнень, проводили у пізній фазі розвитку гострого некротичного панкреатиту (ГНП). Показом до проведення хірургічної інвазії вважали наявність 3-ьох і більше характерних клінічних та лабораторно-інструментальних критеріїв інфікування панкреонекрозу. При цьому, у комплексному лікуванні хворих основної групи, яким проводились відеолапароскопічні чи відкриті операційні втручання, застосовували розроблені способи ендопортального та ендолімфатичного підведення медичних середників (патенти на корисну модель № 62364 UA, 95814 UA).

Формування гострих відмежованих інфікованих скопичень рідини виявлено у 20,0% (3) хворих

основної групи на 19-у, 23-ю та 25-у добу перебігу ГНП. У 1-го (6,7%) хворого проведено ехоконтрольовану пункцію та дренування рідинного утворення із застосуванням голок G 21 та дренажів типу «pig tail» 11 F. У 2-ох (13,3%) інших пацієнтів, у зв'язку з відсутністю вірогідного акустичного вікна, виконано відеолапароскопічне дренування інфікованих скопичень рідини із застосуванням розробленого дренажно-сорбційного-пристрою (патент на корисну модель № 62379 UA). Це дозволило забезпечити адекватну пролонговану евакуацію інфікованого перитонеального ексудату та досягнути стійкої регресії захворювання.

Формування гострих псевдокист підшлункової залози (ПЗ) при ВІП відмічено у 26,7% (4) хворих основної групи. У 2-ох (13,3%) хворих на 19-у та 29-у добу проведено ехоконтрольовану пункцію та дренування порожнини кисти із застосуванням голок G 21 та дренажів типу «pig tail» 11 F. При цьому, у одному випадку констатовано наявність інфікованої, а у іншому – гнійної псевдокисти ПЗ. У хворого з інфікованою псевдокистою ПЗ на фоні проводимого комплексного лікування відмічено позитивну клінічну динаміку та регресію проявів вогнищового інфікованого панкреонекрозу. Натомість, у хворого з гнійною псевдокистою ПЗ застосування ехоконтрольованого дренування стійкого вираженого клінічного ефекту не принесло. Це послужило показом до проведення на 5-у добу після первинної хірургічної інвазії етапного операційного втручання, яке полягало у застосуванні відкритого способу дренування. Такий самий підхід застосовано у 2-ох (13,3%) інших хворих основної групи з нагноєними псевдокистами ПЗ проведення ехоконтрольованої пункції у яких, у зв'язку з відсутністю

вірогідного акустичного вікна, було неможливим. Операційні втручання у цих пацієнтів здійснювали із застосуванням мінітравматичного доступу, який виконували під контролем УЗО. При цьому, ультразвукографічно визначали найкоротшу проекцію порожнини кисти на передню черевну стінку, після чого в межах нанесених міток виконували мінілапаротомію (довжиною до 6-8 см) з наступним розкриттям порожнини гнійника та його санацією. Операційне втручання завершували формуванням оментопанкреатобурсостомії за напрацюванням методикою (патент на корисну модель № 28280 UA).

Формування абсцесів сальникової сумки при вогнищевому панкреонекрозі відмічено у 53,3% (8) хворих основної групи. На основі зіставлення результатів власних досліджень з сучасними підходами провідних хірургічних клінік, нами проведено систематизацію критеріїв вибору виду та об'єму первинної хірургічної інвазії при відмежованих панкреатогенних гнійниках черевної порожнини, які наведені у таблиці.

Застосовуючи напрацьовані підходи ехоконтрольоване дренування порожнини абсцесу виконано у 3-ьох (20,0%) хворих основної групи. При цьому, використання пункційно-дренуючого методу виявилось кінцевим етапом хірургічного лікування тільки у 1-го (6,7%) хворого. У 2-ох (13,3%) інших пацієнтів застосування такого підходу дозволило досягнути тільки короткотривалого позитивного клінічного ефекту, що послужило показом до проведення етапного операційного втручання. Суть останнього полягала у виконанні мінілапаротомії та оментопанкреатобурсостомії за напрацьованими методиками, які описані вище. Такий самий

Таблиця – Критерії вибору виду та об'єму хірургічної інвазії при відмежованих панкреатогенних гнійниках черевної порожнини

Метод розкриття гнійника	Критерії застосування
Ехоконтрольована пункція та дренування	розмір абсцесу до 5-6см; високоінформативна топографічна візуалізація абсцесу; наявність акустичного вікна; переважання рідинного компоненту
Розкриття місцевим проекційним розрізом (на основі даних УЗО або КТ)	великі розміри абсцесу; відсутність акустичного вікна; переважання тканинного компоненту (наявність секвестрів розмірів)
Лапаротомія «за вимогою»	об'єктивні складнощі топічної діагностики; абсцеси гігантських розмірів; множинні абсцеси; поєднання абсцесу з іншими внутрішньоочеревинними ускладненнями
Запрограмована лапароскопія	поєднання абсцесу чи множинних абсцесів з поширеним інфікованим панкреатогенним перитонітом
Комбінація наведених методів	за наведеними вище показами, при наявності у одного хворого декількох гнійників різних розмірів, структури та локалізації

підхід застосовано у інших 5-ти (33,3%) хворих з абсцесами сальникової сумки. При цьому, показами до застосування відкритого методу дренирування гнійників у 1-го хворого послужило відсутність акустичного вікна, а у інших 4-ьох пацієнтів – наявність абсцесів великих розмірів (більше 6 см) та переважання у їх порожнині тканинного компоненту - наявність секвестрів великих розмірів (за даними УЗО та КТ).

Слід зазначити, що частота проведених хірургічних інвазій на одного хворого в основній групі складала 1,33 і була вищою, ніж у контрольній групі, де означений показник складав 1,08. Така відмінність зумовлювалась тим, що побудова запропонованих алгоритмів базувалась на застосуванні етапного підходу до вибору лікувальної тактики при різних місцевих ускладненнях ГНП. Це дозволило збільшити питому вагу ехоконтрольованих пункційно-дренуючих методів з 14,3% у контрольній групі хворих до 40,0% в основній групі. Також слід відмітити, що 85,7% операційних втручань у хворих 1-ої групи проводились із застосуванням традиційних лапаротомічних доступів, альтернативою яких у 60,0% хворих 2-ої групи послужило застосування мінілапаротомії під контролем ультразвукографії.

При проведенні порівняльної оцінки результатів лікування виявлено, що частота розвитку ускладнень з боку операційної рани у хворих основної групи складала 15,0% (3 - нагноєння), що було значно нижчим за такий показник у контрольній групі – 57,1% (6 - нагноєння, 2 – евітерація) ($\chi^2=4,896$, $p=0,027$). Середня тривалість стаціонарного лікування пацієнтів дослідної групи склала $41,20\pm 2,37$ ліжко-днів і була істотно меншою, ніж у контрольній групі - $49,18\pm 3,23$ ліжко-днів ($p<0,05$). Летальних вислідів захворювання у хворих обох груп відмічено не було.

Висновки. Наведені результати досліджень свідчать, що застосування запропонованих підходів до оптимізації хірургічної тактики та комплексного лікування хворих на вогнищевий інфікований панкреонекроз дозволило знизити кількість післяопераційних ранових ускладнень на 42,1% та скоротити тривалість стаціонарного лікування хворих на вогнищевий інфікований панкреонекроз всередньому на 8 ліжко-днів.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є подальше удосконалення та напрацювання нових ефективних методів лікування гострого некротичного панкреатиту і його ускладнень.

References

1. Petrusenko VV, Pashynskiy YaM, Sobko VS, Khodakivskiy SV. Mistse terminovoi endoskopichnoi papilosinkertomiyi u kompleksnomu likuvanni gostrogo pankreatytu ta yogo uskladnen. *Visnyk Vinnytskogo natsionalnogo medychnogo universytetu*. 2014; 18 (2): 181-3. [Ukrainian].
2. Shaprynskiy VO, Komarovskiy MS. Etapnyi pidkhid do vyboru antybakterialnoi terapiyi v likuvanni perytonitu. *Klinichna anatomiya ta operativna khirurgiya*. 2014; 13 (1): 68-70. [Ukrainian].
3. Waele D, Jan J. Acute pancreatitis. *Current Opinion in Critical Care*. 2014; 20 (Iss 2): 189-95. doi: 10.1097/MCC.000000000000068
4. De Waele Jan J, Hoste E, Blot SI, Decruyenaere J, Francis C. Intra-abdominal hypertension in patients with severe acute pancreatitis. *Critical Care*. 2005; 9: R452. <https://doi.org/10.1186/cc3754>
5. Gecelter G, Fahoum B, Gardezi S, Schein M. Abdominal compartment syndrome in severe acute pancreatitis: an indication for a decompressing laparotomy? *Dig Surg*. 2002; 19 (5): 404-5. PMID: 12435913. <https://doi.org/10.1159/000065820>.
6. Klinichni protokoly nadannya medychnoi dopomogy khvorym z gostrymy zapalnymy zakhvoryvannyamy cherevnoi porozhnyny: Normatyvnyi dokument Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrainy. *Nakaz MOZU №297: Pro zatverdzhennya standartiv ta klinichnykh protokoliv nadannya medychnoi dopomogy zi spetsialnosti "Khirurgiya"*. 2010. s. 69-85. [Ukrainian].
7. *Udoskonaleni algorytmy diagnostyky ta likuvannya gostrogo pankreatytu: metodychni rekomendatsiyi*. Normatyvnyi dokument Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrainy. Uporyad ta golov red PD Fomin. K, 2012. 80 s. [Ukrainian].

УДК 616.37-002.1-092-07-085

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ

ОЧАГОВЫМ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Максимюк В. В., Тарабанчук В. В., Баранецкий Ф. И.

Резюме. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 28 больных очаговым инфицированным панкреонекрозом во второй фазе развития острого некротического панкреатита. В группу контроля вошли 13 больных, лечение которых осуществлялось согласно действующим стандартам. Основную группу составили 15 пациентов, у которых применяли предложенные подходы к оптимизации лечебной тактики. Установлено, что применение предложенных подходов к оптимизации хирургической тактики и комплексного лечения больных очаговым инфицированным панкреонекрозом позволило снизить

количество послеоперационных раневых осложнений на 42,1% и сократить продолжительность стационарного лечения в среднем на 8 койко-дней.

Ключевые слова: очаговый инфицированный панкреонекроз, лечебная тактика.

UDC 616.37-002.1-092-07-085

Treatment Tactic in Patients with Local Infected Pancreonecrosis

Maksymiuk V. V., Tarabanchuk V. V., Baranetskiy F. I.

Abstract. The article deals with a complex estimation of efficiency of offered approaches carried out to optimize the treatment tactics of patients with local infected pancreonecrosis.

Methods: 28 patients with local infected pancreonecrosis took part in the research. The control group included 13 patients. The experimental group consisted of 15 patients, who used the developed approaches to optimization of treatment tactics. The presence of infection with pancreatic necrosis was determined by the positive results of microbiological studies of the affected tissues, the content of fluid formations (fluid collection, abscess, pseudocysts) and peritoneal fluid, which was collected during surgical invasions (puncture, videolaparoscopy, laparotomy).

The statistical relationship between the values of the obtained indicators was checked by determining the criteria of Student, Fisher and Pearson.

Results: In the comparative evaluation of the treatment results, it was found that the incidence of complications from the surgical wound in patients with the main group was 15.0% (3 – suppuration), which was significantly lower than that in the control group – 57.1% (6 – suppuration, 2 – evisceration) ($\chi^2 = 4.896$, $p = 0.027$). The average duration of inpatient treatment of patients in the experimental group was 41.20 ± 2.37 days in bed and was significantly lower than in the control group – 49.18 ± 3.23 days in bed ($p < 0.05$). There were no deaths in patients from both groups.

Conclusions: The results of the research show that the application of the proposed approaches to the optimization of surgical tactics and complex treatment of patients infected with pancreonecrosis allowed to reduce the number of postoperative wound complications by 42.1% and to shorten the duration treatment of patients in average of 8 days.

Keywords: local infected pancreonecrosis, treatment tactic.

Стаття надійшла 24.08.2017 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування