

В. І. Русин, С. С. Філіп, О. О. Болдіжар, К. Є. Румянцев, О. Ю. Куценко

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Ужгород, Україна

V. I. Rusin, S. S. Filip, A. A. Boldizhar, K. E., Rumyantsev, O. Yu. Kucenko

State University «Uzhhorod National University»

Uzhhorod, Ukraine

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТІКАННЯ І ЛІКУВАННЯ НЕВІДМЕЖОВАНОГО ІНФІКОВАНОГО ПАНКРЕАНЕКРОЗУ

Flowing and treatment features of infected unlimited pancreanecrosis

Резюме

У роботі наведені результати протікання та лікування інфікованого невідмежованого ретропанкреанекрозу у 67 хворих з гострим деструктивним панкреатитом. На основі отриманих даних сформульовано тактичний алгоритм вибору хірургічної методики лікування хворих з гострим некротичним парапанкреатитом.

Ключові слова: гострий панкреатит, інфікований невідмежований панкреанекроз, хірургічне лікування.

Abstract

The results of flowing and treatment of infected unlimited retroperytoneocrosis in 67 patients with acute pancreatitis are presented in the work. Based on the data a tactical algorithm of surgical treatment methods selection in patients with acute necrotic parapankreatitis was formulated.

Keywords: acute pancreatitis, infected unlimited pancreanecrosis, surgical treatment.

ВСТУП

Гострий деструктивний панкреатит в даний час є однією з найбільш важливих проблем екстреної хірургії. Незважаючи на досягнуті успіхи в хірургічній панкреатології – покращення інтенсивної терапії, антибіотикотерапії та методів хірургічного лікування, летальність при інфікованому панкреанекрозі сягає 85%, при «фульмінантному» протіканні захворювання становить майже 100% [1–3].

В більшості випадків (87,7%) хворі звертаються, за медичною допомогою на другу, третю добу після початку захворювання. Ця обставина є причиною несприятливого початку інтенсивної терапії. За останні 10 років, в порівнянні з попередніми роками, відзначається значне збільшення кількості хворих з деструктивними формами острого панкреатиту в 2 рази.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Покращити результати лікування хворих з невідмежованим інфікованим панкреанекрозом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У хірургічній клініці ЗОКЛ ім. А. Новака, м. Ужгород, за останні чотири роки, перебували на лікуванні 497 хворих з гострим панкреатитом (ГП). Гнійні деструктивні ускладнення відмічені у 91 (18,3%) серед всіх хворих ГП, у 91 із 412 (22,1%) серед хворих ускладненим ГП і у 91 із 396 (23,0%) серед хворих важким гострим панкреатитом.

Серед гнійно-деструктивних ускладнень найбільш часто зустрічався невідмежований інфікований панкреанекроз та ретроперитонеонекроз, або заочеревинна панкреатогенна флегмона (ПФ) – 67 пацієнтів. Частота її розвитку по нашим даним склала 13,6% серед усіх хворих ГП, 16,3% серед хворих ускладненим панкреанекрозом і 17,0% серед хворих важким ГП.

Заочеревинна флегмона не зустрічалась у хворих з дифузно-мілковогнищевим панкреанекрозом. В той же час, вона спостерігалась: в 9,0% у хворих мілковогнищевим панкреанекрозом, в 19,4% у хворих при великовогнищевому, в 29,8% при субтотальному та в 41,8% при тотальному панкреанекрозі.

Заочеревинна флегмона не зустрічалась у хворих без переходу деструктивного процесу на заочеревинну клітковину. В той же час, вона спостерігалась у 17,9% при її обмеженому ураженні в об'ємі до 3-х анатомічних зон, у 34,3% при ураженні від 4 до 6 анатомічних зон заочеревинної клітковини і у 47,8% при ураженні 7-ми і більше її анатомічних зон.

Важливою в практичному відношенні особливістю протікання заочеревинної флегмони є переважаюча локалізація її основного масиву, оскільки від цього в кінцевому результаті залежить вибір хірургічного доступу, і в значному ступені особливості виконання ревізії, хірургічного прийому та наступного дренивання.

В зв'язку з цим, можна виділити переважно правий тип флегмони з локалізацією, її основного масиву в заочеревинній клітковині правого параколон, паранефрія, парадоденально і в гепатододенальній зв'язці. Серед хворих, які увійшли в обстеження правий тип флегмони не зустрічався. Лівий тип (лівий параколон і паранефрій) спостерігався у 9 (13,4%) з 67 хворих, переважаючий центральний тип (парапанкреатична клітковина навколо ПЗ, сальникова сумка та малий сальник, корінь брижі тонкої та товстої кишки), спостерігався у 17 (25,4%) з 67. При розповсюдженості флегмони на 2-і сусідні області виділяли центрально-правий, що спостерігався у 6 (9,0%) та центрально-лівий типи флегмони – у 22 (32,8%) хворих. При залученні центральних, лівих і правих областей заочеревинної клітковини процес характеризували, як тотальну флегмону, яка відмічена у 13 (19,42%) пацієнтів. Таким чином, переважали пацієнти з центральним, центрально-лівим та лівим типом розташування флегмони, що спостерігалось у 48 (71,6%) хворих.

Заочеревинна флегмона, як єдине гнійно-деструктивне ускладнення спостерігалось у 10 (14,9%) хворих, померлих серед них не було. Характерним було поєднання флегмони з іншими гнійно-деструктивними ускладненнями, у тому числі з абсцесом або інфікованою неформованою псевдокістою у 17 (25,4%) хворих, з норицями травної системи різної локалізації у 19 (28,4%). Протікання флегмони ускладнилось арозивною кровотечею у 21 (31,3%), сепсисом – у 32 (64,2%) пацієнтів.

Поєднання флегмони одним гнійним ускладненням було виявлено у 22 хворих, з них померло 2 (9,1%), з двома – у 16, з них померло 5 (31,3%), з трьома у 5, з них померло 3 (60,0%), з чотирма у 4, з них померло 3 (75%) хворих. Це відображає важливу особливість протікання ГП в фазі гнійно-деструктивних ускладнень, а саме позитивний прогноз при протіканні флегмони без інших гнійних ускладнень і різке погіршення прогнозу при приєднанні до флегмони інших гнійних ускладнень, що підвищує ймовірність летальних

наслідків до 30–75%.

Заочеревинна флегмона була діагностована і прооперована в різні терміни від початку захворювання, які складали від 3 до 74 діб, в тому числі: на першому тижні захворювання у 4 хворих, померло 1 (25%); на другому тижні у 12, померло 3 (25%); на третьому тижні у 29, померло 2 (6,9%); на четвертому тижні у 9, померло 3 (33,3%); на п'ятому тижні і пізніше у 13, померло 4 (30,8%) хворих. Отримані дані показують, що найбільш оптимальним терміном для хірургічного лікування заочеревинної флегмони є 15–21 доба, або третій тиждень від початку захворювання. Це цілком зрозуміло з точки зору патофізіології та патоморфології, оскільки в ці терміни ускладнення панкреатогенної токсемії і їх наслідки ліквідовані, процеси секвестрації і демаркації некрозів від оточуючих тканин дозволяють розраховувати якщо не на повне, то на їх часткове видалення, а імунікомпетентні органи і тканини відмобілізовані і підтримують високий рівень напруження імунних захисних реакцій, які в ці терміни, як правило, ще не виснажились до ступеня розвитку вторинного імунodefіциту.

Таким чином, слід виділити третій тиждень від початку захворювання в якості оптимального періоду часу для хірургічного лікування заочеревинної флегмони, відмітивши цю важливу особливість протікання ГП, суттєву для вибору раціональної лікувальної тактики.

Основними критеріями при діагностиці панкреатогенного сепсису ми вважаємо такі клінічні ситуації:

1. При стійкому синдромі системної запальної відповіді (SIRS) у хворих з гнійно-некротичними вогнищами, які сановані;
2. Наявність великих гнійно-запальних процесів в різних анатомічних ділянках та органах;
3. При спленомегалії та персистенції анемії при тривалій гіпертермії;
4. При прогресуючій анергії (CARS), яка має, як клінічні ознаки (субфебрильна температура, відсутність заживлення рани, інтеркурентна інфекція інфекція і т.д.), так і імунологічні прояви (зниження абсолютного числа лімфоцитів та субпопуляцій CD3, CD4, CD8, CD20);
5. Наявність мікроорганізмів в судинному руслі, що підтверджено бактеріологічним дослідженням у пацієнтів з гнійно-некротичним парапанкреатитом.

З 32 хворих тільки в 10 (31,3%) випадках сепсис розвинувся на тлі вираженому SIRS; у інших 22 (68,7%) пацієнтів клініко-лабораторні його прояви відповідають CARS (анергія) або поєднання проявів SIRS і CARS. При цьому середній термін розвитку сепсису при деструктивному панкреатиті склав $27,2 \pm 2,9$ доби від початку захворювання

Всього від гнійних ускладнень померло 13 із 67 хворих з заочеревинною панкреа-

тичною флегмоною. Загальна летальність при лікуванні заочеревинних панкреатогенних флегмон склала 19,4%.

РЕЗУЛЬТАТИ

В загальному вигляді тактичний алгоритм вибору хірургічної методики може бути сформульованим таким чином:

- слід одночасно прагнути, як до високої ефективності, так і до мінімальної травматичності хірургічної санації в оптимальному комбінуванні цих двох якостей, які тим більше суперечать одна одній, чим масивніший об'єм деструктивного вогнища;

- для оптимізації оперативно-технічної стратегії необхідний, як мінімум, облік наступних факторів: об'єм деструктивного вогнища, якість попереднього лікування в ранніх стадіях ГП, метаболічний та імунний статус пацієнта;

- травматичність повноцінної хірургічної санації визначається об'ємом та структурою деструктивного вогнища, і складається із сумарної травматичності всіх етапів втручання, а на кожному етапі – із травматичності оперативного доступу та операційного прийому, які у різних пацієнтів різні;

- переваги малоінвазивних технологій полягають в зниженні травматичності санації в основному, за рахунок мінімізації оперативного доступу, що робить їх методом вибору при одномоментних сануючих операціях з приводу невеликих гнійників або гнійників значного об'єму, але з мінімальним вмістом секвестрів;

- якщо травматичність операційного прийому перевищує травматичність доступу (наприклад, при необхідності широкої секвестрэктомії), то малоінвазивні технології втрачають перевагу перед традиційними операціями. Проте, при перевищенні об'єму одномоментної санації вище критичного, висока ймовірність розвитку ендотоксичного шоку, що у частини хворих примушує розділяти втручання на декілька етапів та використовувати малоінвазивні технології в якості першого етапу лікування;

- сумарна травматичність багатоетапних санацій (як традиційних, так, особливо, і міні-операцій) є не меншою, а нерідко більшою, ніж травматичність одномоментної санації. Із збільшенням числа оперативних втручання, хоча б і малооб'ємних, збільшується ймовірність ускладнень, перш за все сепсису, що погіршує результати лікування [4].

При лікуванні ГНПП найбільш часто застосовуються наступні малоінвазивні методики: ехоконтрольована пункція сальникової сумки, ехоконтрольоване дренирування сальникової сумки, ехоконтрольований вхід в заочеревинний простір, ретролапароскопія, мінілапаротомія по Пруткову, лапароскопічна контрольована санація [5, 6].

Традиційні хірургічні операції, направлені на розтин, санацію шляхом некрсеквестрэктомії і дренирування заочеревинної панкреатогенної флегмони, виконані у 67 хворих. Всього виконано 136 втручання, від одного до п'яти, у одного хворого, оскільки у 21 пацієнта флегмона розвинулась одночасно або послідовно в двох і більше сусідніх областях заочеревинної клітковини, що потребувало декількох втручання з різних доступів. Десять хворих потребували одне і більше повторне втручання в зв'язку з неефективністю першої операції або в зв'язку з ускладненнями, які після неї розвинулися, а у 15 хворих були ті або інші покази до виконання додаткових і/або повторних втручання.

Об'ємні заочеревинні флегмони з великою кількістю секвестрів та тканинного детриту краще лікувати, за допомогою відкритої методики.

Згладити недоліки згаданих методів закінчення операції можна за допомогою їх варіації. Зазвичай перше операційне втручання з приводу ГНПП завершується ретролапаростомією, а наступне – простим дренируванням, що дозволяє налагодити промивання і аспірацію із гнійної порожнини. Деякі хірурги користуються методиками, які поєднують в собі властивості закритого та відкритого типів оперування (дренажі Пенроза, дренажі-«рукавички», «дренирування на наскрізному капілярі з аспірацією»).

Поділ хірургічної санації розповсюдженого ГНПП на декілька етапів, що нерідко (30%) допускається при традиційному оперативному лікуванні і завжди – при використанні малоінвазивних методик має і плюси, і мінуси. Позитивний момент в етапному оперуванні складається з відносно низької травматичності кожного етапу в порівнянні із одномоментною санацією об'ємного гнійника, що може привести до розвитку септичного шоку прямо на операційному столі або в найближчому післяопераційному періоді.

У принципі етапності санаційної процедури корениться важливий дефект. Він виходить із наявності феномена вторинного прогресування ГНПП, при якому протягом часу, на який розповсюджується процес очищення, об'єм гнійника зростає. Тому, сумарна травматичність етапних санаційних процедур є не просто рівною травматичності одномоментної санації, а перевищує її. Сумарна травматичність підвищується і внаслідок цього в ході етапної санації неминуче виникають потреби в додаткових хірургічних прийомах (повторні «входи в порожнину», тракції, роздування порожнин газом, накладання контрапертур), які порушують репараційний процес. Внаслідок цього при збільшенні числа процедур та необхідного на їх проведення часу, зростає небезпека генералізації інфекції, тобто сепсису, при якому летальність від ГП збільшується на порядок.

ВИСНОВКИ

Покращення результатів лікування пов'язане з своєчасним попередженням ускладнень ГНПП, що залежить від вірно обраного терміну та ме-

тоду хірургічного лікування, від адекватності об'єму втручання, від повноцінного комплексного післяопераційного лікування, яке обов'язково повинно включати методи імунометаболічної корекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kondratenko PG, Dzhanziz IM. Causes of purulent complications in patients with acute non-bilirial aseptic pancreatic necrosis. *Naukovyy visnyk Uzhhorodskoho universytetu. Seriya «Medytsyna»*. 2011; 2 (41): 105–109.
2. Nichiatlo MY, Kondratyuk OP, Buttons YV. Pancreatic necrosis Prevention of Infection and Treatment of Infectious Complications. *Ukrayinskyy zhurnal khirurhiyi*. 2009; 4 (11): 104–108.
3. Rusin VI, Phillip SS. Features of the course of acute pancreatitis in the phase of destructive complications. *Vestnyk neotlozhnoy u vosstanovytelnoy medytsyny*. 2011; 12. (4): 431–434.
4. Rusin VI, Phillip SS. Drainage surgical intervention for undisturbed infected retroperitoneonecrosis. *Klinichna khirurhiya*. 2012; 10 (835); 8–13.
5. Krivoruchko IA, Teslenko SN. Comparative aspects of the surgical treatment of patients with acute pancreatitis complicated by secondary pancreatic infection. *Kharkivs'ka khirurgichna shkola*. 2009; 2.1: 127–129.
6. Boyko VV, Tishchenko AM, Ivanova SE et al. Stage surgical treatment of patients with necrotic pancreatitis in the stage of purulent complications. *Ukrayinskyy zhurnal khirurhiyi*. 2011; 2 (11): 98–102.

Стаття надійшла до редакції 07.03.2019