

## ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕННЯХ У ХВОРИХ НА ТЯЖКИЙ ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

В.Д. Шейко, А.Г. Оганезян

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

**Вступ.** Клінічний перебіг тяжкого гострого панкреатиту ускладнюється розвитком рідинних скупчень в черевній порожнині та заочеревинному просторі у 30%-50% хворих. До цих пір суперечливими залишаються рекомендації щодо хірургічної тактики у цієї категорії хворих. При цьому дискутуються питання, пов'язані з показаннями до використання при лікуванні гострих рідинних скупчень як мініінвазивних, так і традиційних хірургічних втручань. У той же час, існують думки про можливість відмови від хірургічних втручань при діагностованому гострому рідинному скупченні як у вільній черевній порожнині, так і в заочеревинному просторі [5]. В комплексі лікування хворих з обмеженими рідинними скупченнями (ОРС) при гострому панкреатиті одними з найбільш ефективних сучасних методик є черезшкірні пункційно-дренуючі втручання під ультразвуковим контролем [1, 2, 4, 5, 7]. Але, незважаючи на успіхи, досягнуті в удосконаленні патогенетично обґрунтованої інтенсивної терапії та мініінвазивних методів хірургічного лікування, летальність при тяжкому гострому панкреатиті (ТГП) залишається досить високою і приблизно однакова як в нашій країні, так і за кордоном, складаючи від 10% до 39% [3, 5, 6].

Мета дослідження – оптимізація хірургічної тактики у хворих з ОРС при ТГП шляхом об'єктивізації показів до черешкірних пункційно-дренуючих санацій (ПДС) та динамічної оцінки ефективності лікування.

**Матеріал і методи.** Проаналізовані результати обстеження та лікування 56 хворих з ОРС при ТГП, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні в період з 2009 по 2013 роки. Чоловіків було 36 (64,3%), жінок – 20 (35,7%). Вік хворих коливався від 25 до 81 року. Середній вік складав  $(48,2 \pm 1,7)$  років.

Тривалість захворювання до госпіталізації становила: менше 2 тижнів у 11 (19,6%) хворих, 2 – 4 тижні – у 24 (42,9%) хворих, більше 4 тижнів – у 21 (37,5%) хворого. Тяжкість стану хворих за шкалою APACHE II складала в середньому  $(8,8 \pm 0,3)$  балів. SIRS констатований у 31 (55,4%) хворого. Інфіковані ОРС мали місце у 27 (87,1%) з них. Ознаки інфікування при УЗД та, або КТ без наявності SIRS спостерігались у 2 (3,6%) хворих. Ознаки компресії спостерігались у 45 (80,4%) хворих. Органна дисфункція спостерігалась у 6 (10,7%) хворих. У всіх хворих з органною дисфункцією мали місце інфіковані ОРС.

Оцінку характеру патологічних змін при ТГП та ефективності лікування здійснювали на основі клінічних, лабораторних даних, УЗ моніторингу, комп'ютерної томографії (КТ), черездренажного рентгенконтрастного дослідження. Всім хворим виконували УЗД при госпіталізації в комплексі діагностичних заходів та в подальшому кожні 1-4 доби.

Пункційно – дренажні санації під ультразвуковим контролем виконані 47 хворим за методикою “вільної руки” з використанням дренажних наборів фірми Balton (9 – 12 Fr) під місцевою анестезією. Під час дренажу видаляли патологічний вміст (50-6000) мл, виконували візуальну оцінку вмісту ОРС, бактеріологічне, бактеріоскопічне, біохімічне дослідження.

7 (12,5) хворих проліковано без хірургічної агресії. 2 (3,6%) хворим виконані відкриті оперативні втручання.

**Результати та обговорення.** Після ПДС у всіх хворих відмічався регрес симптомів компресії. На другу добу після ПДС у 38 (80,9%) хворих розміри

рідинних колекцій зменшилися втричі. У 9 (19,1%) хворих на другу добу після ПДС розміри ОРС зменшилися вдвічі. У 34 (72,3%) хворих на 4-21 добу ОРС не визначались.

У 43 (91,5%) хворих після ПДС спостерігався регрес SIRS. У 4 (8,5%) хворих після ПДС зберігався SIRS. Всі вони мали інфіковані ОРС. При динамічному УЗД та КТ виявлене зменшення розмірів ОРС, але переважання тканинного компоненту в порожнині ОРС у цих хворих. У 6 (12,8%) хворих спостерігався рецидив SIRS. При динамічному УЗД та КТ у цих хворих також виявлене зменшення розмірів ОРС, але переважання тканинного компоненту в порожнині інфікованого ОРС. У 4 (8,5%) хворих також спостерігався рецидив SIRS, але при динамічному УЗД та КТ у цих хворих діагностовані ОРС інших локалізацій. Цим хворим виконані повторні ПДС. У 1 хворої після повторної ПДС спостерігалась позитивна динаміка. У 3 хворих з інфікованими постнекротичними ОРС зберігався SIRS, при динамічному УЗД та КТ виявлене зменшення розмірів ОРС, але переважання тканинного компоненту в порожнині інфікованого ОРС.

У 4 (8,5%) хворих після ПДС повторно виникли рідинні колекції: 3 хворих з інфікованими гострими постнекротичними рідинними скупченнями та розповсюдженими перипанкреатичними інфільтративними змінами, 1 хворий з гострою панкреатичною псевдокістою. У 2 хворих спостерігалась наявність SIRS, у 2 хворих спостерігались ознаки компресії. Даним хворим виконані повторні ПДС.

Запропоновано, в залежності від кінцевого результату, ПДС поділяти на одномоментно – остаточні та етапні. У 29 (61,7%) хворих ПДС під УЗ контролем виявилась одномоментно – остатоточною. Етапні ПДС (від 1 до 2) потребували 5 (10,6%) хворих. 13 (27,7%) хворих після ПДС під УЗ контролем в подальшому прооперовано, виконана некрсеквестрэктомія (НСЕ), а ПДС під УЗ контролем надала додаткову інформацію про характер ураження, сприяла демаркації та “локалізації” осередку запалення. Показами до операції були наявність SIRS на фоні переважання інфікованого тканинного компоненту в

порожнині ОРС, що підтримувало запальний процес. Серед них 6 (46,1%) хворих з інфікованими обмеженими ділянками некрозу, 6 (46,1%) хворих з інфікованими гострими постнекротичними рідинними скупченнями в терміні 2 – 4 тижні, 1 (7,8%) хвора з інфікованим гострим постнекротичним рідинним скупченням в терміні до 2 тижнів. Обсяг оперативного втручання: лапаротомія, НСЕ виконана у 11 (23,4%) хворих, мінілюмботомія, НСЕ – у 2 (4,3%). 3 (6,4%) хворих потребували повторну санацію.

Ускладнень, пов'язаних з ПДС не спостерігали. Летальність складала 2,2%.

Застосовували шкалу оцінки ефективності ПДС під УЗ контролем, яка полягає в бальній оцінці даних клініко-лабораторного обстеження, УЗД та КТ з подальшим прийняттям рішення за сумою балів (патент на корисну модель № 81583 Спосіб оцінки ефективності пункційно-дренуючих санаційних втручань в лікуванні інфікованого гострого панкреатиту).

У 7 (12,5%) хворих були відсутні ознаки компресії, ознаки інфікування при УЗД, КТ та SIRS. На фоні консервативного лікування у цих хворих відмічався регрес ознак ТГП. В зв'язку з відсутністю SIRS, ознак компресії, ознак інфікування при УЗД та КТ, а також регресом ознак ТГП на фоні консервативного лікування, оперативне лікування не виконувалось.

Таким чином, консервативне лікування виявилось ефективним при відсутності ознак компресії, SIRS, відсутності ознак інфікування ОРС та секвестральних мас в порожнині ОРС при УЗД та КТ.

Динамічне УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору показане всім хворим на ТГП.

ПДС не показана при наявності ОРС без ознак компресії, SIRS, сонографічних та комп'ютерно-томографічних ознак інфікування ОРС та секвестральних мас. Ознаками ефективності консервативного лікування є регрес ознак ТГП.

ПДС під УЗ контролем показана при виявленні ОРС з наявністю ознак компресії та, або SIRS, а також ознак інфікування при УЗД, КТ.

При асептичних ОРС та відсутності секвестральних мас ПДС під УЗ контролем забезпечують кінцевий лікувальний ефект в 100% випадків. ПДС під УЗ контролем протягом перших чотирьох тижнів від початку захворювання як при асептичних, так і при інфікованих ОРС частіше забезпечують кінцевий лікувальний ефект.

Переважаючий інфікований тканинний компонент в порожнині ОРС є відносним протипоказом для виконання етапних ПДС під УЗ контролем, але первинна ПДС сприяє декомпресії, демаркації та “локалізації” осередку запалення та оптимізує ефект відкритих НСЕ. Збереження або наростання SIRS на фоні переважання інфікованого тканинного компонента в порожнині ОРС вимагає перегляду тактики лікування на користь відкритої НСЕ.

Запропонована хірургічна тактика при ОРС у хворих на ТГП дозволила зменшити випадки ускладнень на 21,1% у хворих на ТГП та знизити показники летальності (2,2%) на 16,4% у цієї категорії хворих ( $p < 0,01$ ).

**Висновки.** Запропонована хірургічна тактика з врахуванням УЗ моніторингу гострих рідинних скупчень за критеріями наявності ознак компресії, SIRS, характеру вмісту та інфікування, дозволяє покращити результати лікування хворих на ТГП.

### **Список літератури**

1. Кондратенко П.Г. Хирургическая тактика при остром некротическом панкреатите / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, А.А. Васильева [и др.] // Український Журнал Хірургії. – 2013. - №3 (22). – С. 150-155.
2. Минаков О.Е. Применение малоинвазивных хирургических вмешательств под контролем УЗИ в диагностике и лечении больных панкреонекрозом автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / О.Е. Минаков. – Воронеж, 2008. – 24 с.

3. Савельев В.С. Панкреонекрозы / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич // М.: ООО Мед. информ. агентство, 2008. – 264 с.
4. Чирков А.В. Лечебная и диагностическая тактика при острых скоплениях жидкости, осложняющих течение первичного деструктивного панкреатита: автореф. дис. на соискание ученой. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / А.В. Чирков. – Москва, 2009. – 29 с.
5. Beger H.G. The Pancreas / H.G. Beger, A. Warshaw, M. Büchler [et al.] // Blackwell Publishing, 2008. – 1050 p.
6. Göttinger P. Surgical treatment of severe acute pancreatitis: timing of operation is crucial for survival / P. Göttinger, P. Wamser, R. Exner [et al.] // Surg. Infect. – 2003. – Vol. 4. – P. 205-211.
7. Navaneethan U. Minimally invasive techniques in pancreatic necrosis / U. Navaneethan, S.S. Vege, S.T. Chari, [et al.] // Pancreas. – 2009. – Vol. 38 (8). – P. 867-875.

#### **РЕФЕРАТ**

### **ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕННЯХ У ХВОРИХ НА ТЯЖКИЙ ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ**

В.Д. Шейко, А.Г. Оганезян

Проаналізовані результати обстеження та лікування 56 хворих з ОРС при ТГП. ПДС виконані 47 (83,9%) хворим; 7 (12,5%) хворих проліковано без хірургічної агресії; 2 (3,6%) хворим виконані відкриті оперативні втручання.

SIRS констатований у 31 (55,4%) хворого. Ознаки інфікування при УЗД, КТ без наявності SIRS спостерігались у 2 (93,6%) хворих. Ознаки компресії спостерігались у 45 (80,4%) хворих.

Використовували шкалу оцінки ефективності ПДС під УЗ контролем яка полягає в бальній оцінці даних клініко-лабораторного обстеження, УЗД та КТ.

Запропонована хірургічна тактика з врахуванням УЗ моніторингу ОРС за критеріями наявності ознак компресії, SIRS, характеру вмісту та інфікування, дозволяє покращити результати лікування хворих на ТГП.

**Ключові слова:** хірургічна тактика, тяжкий гострий панкреатит, обмежені рідинні скупчення, пункційно – дренажні санації.

#### РЕФЕРАТ

### ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

В.Д. Шейко, А.Г. Оганезян

Проанализированы результаты лечения 56 больных с отграниченными жидкостными скоплениями при тяжелом остром панкреатите.

Пункционно-дренирующие санации выполнены 47 (83,9%) больным. 7 (12,5%) больных пролечено без хирургической агрессии. 2 (3,6%)

больным выполнены открытые оперативные вмешательства.

SIRS констатирован у 31 (55,4%) больного. Признаки инфицирования при УЗИ, КТ без наличия SIRS наблюдались у 2 (3,6%) больных.

Признаки компрессии наблюдались у 45 (80,4%) больных.

Использовали шкалу оценки эффективности пункционно-дренирующих санаций под УЗ контролем, которая заключалась в балльной оценке данных клинико-лабораторного обследования, УЗИ, КТ.

Предложенная хирургическая тактика с учетом УЗ мониторинга отграниченных жидкостных скоплений по критериям наличия признаков компрессии, SIRS, характера содержимого и инфицирования позволяет улучшить результаты лечения больных с тяжелым острым панкреатитом.

**Ключевые слова:** хирургическая тактика, тяжелый острый панкреатит, отграниченные жидкостные скопления, пункционно – дренажные санации.

#### SUMMARY

### OPTIMIZATION OF SURGICAL APPROACH AT SEPARATE FLUID COLLECTIONS IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS

V.D. Sheyko, A.G. Oganezyan

The results of diagnostics and treatment of 56 patients with separate fluid collections in time of severe acute pancreatitis were analyzed. Punction-drainage sanations were applied 47 (83,9%) patients. 7 (12,5%) were treated

without surgical intervention. 2 (3,6%) patients were underwent open operations.

SIRS was in 31 (55, %) patients . Signs of infection by ultrasound, CT, without the presence of SIRS were observed in 2 (3,6 %) patients. Signs of compression were observed in 45 (80,4 %) patients.

It was used the scale for assessing the effectiveness of puncture - drainage sanations under ultrasound control, which consisted in the evaluation of data -point clinical and laboratory examination, ultrasound, CT.

Proposed surgical approach based on ultrasonic monitoring of separate fluid collections on signs of compression, SIRS, the nature of the content and infection allows to improve the results of treatment of patients with severe acute pancreatitis.

**Key words:** surgical approach, severe acute pancreatitis, separate fluid collections, punction-drainage sanations.