

## ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ У ЛІКУВАННІ ПАНКРЕАТОГЕННИХ УТВОРЕНЬ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ЇХ РОЗВИТКУ

*Р.А. Сидоренко, В.В. Теплий, Б.Т. Карташов, А.М. Циганок, Х.О. Корольова.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ. Кафедра хірургії № 2*

### **Мета дослідження**

Оптимізація тактики лікування хворих з панкреатогенними рідинними утвореннями у залежності від стадії їх розвитку та фонового запального процесу у підшлунковій залозі.

### **Матеріали та методи**

Проаналізовано результати лікування 178 хворих на гострий панкреатит з панкреатогенними рідинними утвореннями (Атланта 2012): 117(65,7 %) - з гострими перипанкреатичними скупченнями ексудату, 32(18%) - з гострими некротичними рідинними утвореннями та 29(27,2 %) - із відмежованими некротичними утвореннями(walled-off necrosis). Консервативні заходи проводились згідно загальноприйнятих протоколів лікування гострого панкреатиту. Хірургічні втручання застосовані у 108(60,7 %) пацієнтів. У 12(10,3 %) із 117 хворих з гострими перипанкреатичними скупченнями ексудату, у 29(90,6 %) із 32 хворих з гострими некротичними рідинними утвореннями, та у всіх 29(100 %) хворих з відмежованими некротичними утвореннями. Інвазивне лікування полягало у використанні пункційних дренажів під ультразвукографічним контролем, некректомій та дренажів через проекційні мінідоступи або ж стандартним лапаротомним доступом, а також операцій внутрішнього дренажу при сформованих утвореннях, зв'язаних протоковою системою підшлункової залози. Загалом

мініінвазивні операції застосовані у 56(51,9%) хворих, лапаротомні у – 48 (44,4 %), їх комбінації у 4 (3,7 %) випадках.

Результати та обговорення. Проведення консервативної терапії як самостійного методу було ефективним 105 (89,7 %) пацієнтів з гострими перипанкреатичними рідинними скупченнями, у 3 (9,4%) хворих із гострими некротичними утвореннями. При цьому, розсмоктування ексудату у сальниковій сумці, позаочеревинній клітковині відбувалось протягом двох - трьох тижнів. При обмежених некротичних утвореннях (walled-off necrosis) консервативні заходи виявились недостатньо ефективними.

Загальна летальність, враховуючи оперованих та неоперованих пацієнтів склала 15,2% (27 хворих), післяопераційна – 17% (19 хворих). Після застосування малоінвазивних технологій (пункційного дренивання під ультрасонографічним контролем, некректомії та дренивання через проекційні мінідоступи) летальні наслідки зафіксовано у 19 (10,7%) випадках, а після проведення лапаротомних втручань у 12 (25%) прооперованих.

Проаналізувавши отримані результати, необхідно відмітити, що гострі рідинні скупчення у більшості випадків схильні до регресії під впливом консервативних заходів по мірі стихання запальних процесів у підшлунковій залозі. Дренуючі процедури, на цьому етапі, показані при нагноєні перипанкреатичних утворень, а також можуть бути використані для зменшення інтоксикаційного синдрому, для усунення інтраабдомінальної гіпертензії на тлі прогресивного збільшення рідинного компонента в сальниковій сумці, позаочеревинній клітковині та у черевній порожнині.

Гострі некротичні утворення потребують постійного динамічного контролю, а у випадках їх нагноєння та за наявності їх росту вимагають застосування інвазивних втручань, іноді повторних, що передбачають проведення некректомії та адекватного дренивання усіх затіків.

Наявність ознак інфікування, ускладнень у вигляді аррозивних кровотеч, перфорації, деструктивних процесів у навколишніх органах при відмежованих постнекротичних утвореннях (walled-off necrosis) є показом до термінової хірургічної корекції. Необхідно зазначити, що саме локалізованість процесу створює умови для застосування проєкційних міні-доступів з метою видалення гнійно-некротичного вмісту.

Особливу увагу слід приділити рідинним утворенням зі сформованою капсулою, що мають зв'язок з протоковою системою підшлункової залози. За нашими даними, останні не схильні до розсмоктування, а зволікання з проведенням операцій внутрішнього дренивання (панкреатоеюностомії, цистоеюностомії) призводять до збільшення частоти розвитку ендо- та екзокринної недостатності підшлункової залози у віддаленому післяопераційному періоді.

### **Висновки**

Консервативна терапія є основним методом лікування гострих перипанкреатичних рідинних скупчень. Інвазивні процедури, на цьому етапі є вимушеним заходом при їх інфікуванні, розвитку абдомінального компартмент-синдрому.

Наявність гнійно-некротичного процесу у підшлунковій залозі та (або) в парапанкреатичних зонах є абсолютним показом для проведення некректомії та дренивання з пріоритетним використанням

ехоконтрольованих пункційних втручань та(або) операцій із використанням проекційних міні-доступів.

При виявленні ознак протокової гіпертензії у хворих із панкреатогенними рідинними утвореннями оперативне втручання необхідно проводити якомога раніше. Задачами хірургічного лікування є не тільки ліквідація рідинного утворення, а й усунення протокової гіпертензії як провідного фактору прогресування фіброзно-дегенеративних процесів та включення в акт травлення усіх функціонально спроможних відділів підшлункової залози.