

ЗАБРЮШИННЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Бойко Валерий Владимирович

*д-р мед. наук, профессор, директор ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им В.Т. Зайцева Национальной академии медицинских наук Украины»,
г. Харьков*

Доценко Евгений Григорьевич

*канд. мед. наук, научный сотрудник ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им В.Т. Зайцева Национальной академии медицинских наук Украины»,
г. Харьков*

E-mail: doctor-1979@mail.ru

RETROPERITONEAL INFLAMMATORY COMPLICATIONS OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Boyko Valeriy

doctor of medical science, professor, director of State institution “Zaycev V.T. institute of general and urgent surgery of National academy of medical sciences of Ukraine”, Kharkov

Dotsenko Evgeniy

candidate of medical science, research associate of State institution “Zaycev V.T. institute of general and urgent surgery of National academy of medical sciences of Ukraine”, Kharkov

АННОТАЦИЯ

Изучение возможностей этапного применения малоинвазивных хирургических методик. Анализируемую группу составили 57 пациентов с гнойно-воспалительными забрюшинными осложнениями панкреонекроза. На I этапе выполняли пункционно-дренирующие операции. II этап — люмбоскопические вмешательства, с возможностью этапных санаций. III этап — открытые операции. Выводы: при лечении данной патологии метод выбора малоинвазивные вмешательства с соблюдением принципа этапности.

ABSTRACT

To explore the possibilities of staged application of minimally invasive surgical techniques. The analyzed group consisted of 57 patients with purulent-inflammatory complications of retroperitoneal necrotizing pancreatitis. Stage I performed puncture-draining operations. Stage II — lyumboskopicheskie intervention, with the possibility landmark reorganization. Phase III — open surgery. Conclusions: The treatment of

this disease minimally invasive method for selecting interventions, respecting the principle of phasing.

Ключевые слова: забрюшинные осложнения панкреонекроза, малоинвазивные вмешательства, этапная тактика.

Keywords: retroperitoneal necrotizing pancreatitis complications, minimally invasive interventions, stages of tactics.

Гнойно-воспалительные процессы в забрюшинном пространстве (ЗП) являются одним из наиболее тяжелых осложнений острого деструктивного панкреатита (ОДП). Это обусловлено отсутствием четких диагностических критериев, выраженностью интоксикации, что в свою очередь затрудняет своевременное распознавание и ведет к высокой и не имеющей тенденции к снижению летальности 67,2—78,3 % [1,2]. В настоящее время в лечении данной патологии предпочтение отдается малоинвазивным методам [1, 3, 4]. **Целью исследования** был анализ собственного опыта лечения данной патологии и возможностей этапного применения различных хирургических методик.

Материалы и методы. Нами изучены результаты лечения 57 больных с гнойно-воспалительными процессами ЗП, осложнившими течение панкреонекроза, находившихся на лечении в Институте общей и неотложной хирургии Национальной академии медицинских наук Украины и Харьковской городской больнице скорой и неотложной медицинской помощи за период 2010—12 гг. Мужчин было 47, женщин 10, средний возраст составил 56,7 лет. До 12 часов обратились 21 пациента, в первые сутки 30, запоздалая госпитализация (свыше 24 часов) отмечена в 6 случаях. В работе анализированы пациенты у которых в лечении первично применялись малоинвазивные методы. У больных диагностированы: геморрагический ОДП в 13 случаях, жировой — в 14, смешанный — 20. Все пациенты при поступлении подверглись рутинному клинико-лабораторному обследованию, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенисследованию органов грудной

клетки и брюшной полости, ФЭГДС. В дальнейшем выполнялся динамический лабораторный контроль, УЗИ в динамике по показаниям. При подозрении на забрюшинные осложнения и неясной ультразвуковой картине больным выполняли СКТ (21 пациента) и ЯМРТ (36 пациентов). Оценка тяжести состояния больных проводилась по общему статусу, шкале SAPS, лабораторно (ЛИИ по Кальф-Калифу).

Результаты. Наиболее дискуссионным у данной категории больных является установление показаний к определенному варианту операций и сроков его выполнения, иными словами этапность лечения. Мы придерживаемся этапной эскалационной тактики, принципами которой является применение наименее инвазивных методов с переходом к более при неэффективности последних.

На первом этапе всем пациентам с подозрением на забрюшинные осложнения выполняли УЗИ и КТ, выявление жидкостных коллекторов служило показанием к применению пункционных методов под ультразвуковой навигацией (37 пациентов). Дальнейшая тактика зависела от полученного отделяемого. Серозное отделяемое без включений, позволило нам ограничить вмешательство пункцией с последующим УЗ контролем (4 случая) и плановыми повторными манипуляциями (11). Данная категория больных имела наименее выраженную тяжесть интоксикации — ЛИИ $9,8 \pm 2,9$, $19,8 \pm 3,9$ балла по SAPS II. Инфицированность экссудата при первичной пункции установлена у 2 пациентов.

При получении мутного отделяемого и отсутствии плотных включений и секвестров по данным лучевых методов диагностики предпочтение отдавалось пункционно-дренирующим методам с коаксиальным заведением силиконовых дренажей из 2-х и более точек для дальнейшего проточного дренирования (12 больных). Размер одного из дренажей не менее 12 F. Показатели ЛИИ $10,3 \pm 2,1$ и SAPS II $21,1 \pm 3,2$.

В 10 случаях, при пункции получено гнойное либо гнойно-геморрагическое отделяемое, что служило показанием для выполнения

люмбоскопических вмешательств. При этом в качестве основного доступа применяли пункционный канал, для чего в месте пункции оставляли проводник. Производили разрез кожи с последующей дилатацией канала возрастающими по диаметру коаксиальными катетерами. Под контролем оптики выполняли санацию полости, разъединение перемычек, удаление свободно лежащих секвестров, контроль гемостаза. При наличии технических трудностей предпочтение отдавалось методике hand assistant (6 случаев). Операцию завершали дренированием полости из 3 точек. Показатели ЛИИ $12,3 \pm 2,1$ и SAPS II $24,1 \pm 3,0$.

У 20 больных в качестве первого этапа коррекции забрюшинных осложнений сразу выполнены люмбоскопические вмешательства. Показаниями служили явные признаки гнойно-деструктивного процесса в ЗП по данным лучевых диагностических методов в сочетании с признаками галопирующей интоксикации. Показатели ЛИИ $18,3 \pm 3,9$ и SAPS II $28,1 \pm 3,2$. В 15 случаях люмбоскопия сопровождалась лапароскопическим вмешательством. Применена методика hand assistant, выполнялись ревизия ЗБК, разделение перемычек, удаление секвестров и детрита, санацию полости с установкой двухпросветных дренажных систем для пролонгированной санации растворами антисептиков.

В дальнейшем с целью контроля эффективности лечения оценивалась УЗ и КТ динамика (размеры полости, плотность содержимого, наличие включений, выраженность отека тканей), лабораторный контроль, оценка ЛИИ и баллы по SAPS II. Об адекватности проводимого лечения свидетельствовали уменьшение объемов жидкостных скоплений более чем на 25 %, снижение ЛИИ на 25—30 % к третьим суткам и SAPS II не менее чем на 5—6 баллов. Важными качественными показателями служили уменьшение явлений энтеральной недостаточности, восстановление темпа диуреза, отсутствие реактивного плеврита. Ежедневно проводился бактериологический контроль отделяемого из дренажей с определением бактериального числа, рост которого указывал на ретенцию содержимого.

Положительный эффект достигнут у 21 больного при использовании пункционно-дренирующих вмешательств. В 6 случаях наблюдалась отрицательная динамика, вынудившая применить люмбоскопическую санацию в качестве второго этапа. Летальность в группе пациентов составила 23,8 % (5 больных). Выполнение первичной люмбоскопии или люмбоскопии после диагностической пункции достигло эффекта у 11 пациентов, санационные люмбоскопии выполнены у 7. Летальность в данной группе составила 16,7 % (3 больных). В 12 случаях малоинвазивные методы оказались неэффективны, в качестве следующего этапа выполнены открытые люботомии. При этом умерло 3 пациента (25 %).

Группы больных, условно выделенные по вмешательству на первом этапе, позволяют выявить отчетливую корреляцию выраженности изменений в ЗП с выраженностью интоксикации. Это обосновывает применение этапных вмешательств. В качестве первого этапа мы выполняли наименее инвазивное, с дальнейшим динамическим визуализирующим и лабораторным контролем. Это позволяет уменьшить операционную травму, минимизировать экзогенное контактное инфицирование при обеспечении наиболее эффективного оттока и санации очагов интоксикации. Изолированное применение пункционно-дренирующих вмешательств у большого числа больных позволило абортить течение забрюшинного процесса. Отмеченный высокий уровень летальности — 23,8 % мы объясняем тяжестью внутрибрюшинных осложнений, а забрюшинный процесс носил вторичный характер и выбранный метод коррекции был адекватен, что и подтвердили результаты секций. Выполнение малоинвазивных вмешательств под видеоконтролем позволило достичь быстрее снижения интоксикации и клинического улучшения, в сравнении с пункционно-дренирующими, и снижения летальности до 16,7 %, статистически различия не достоверны. Таким образом, мы придерживались этапной тактики лечения больных с гнойно-воспалительными осложнениями ОДП в ЗП. На первом этапе, при выявлении жидкостных скоплений однородной эхоплотности, с умеренными симптомами эндогенной

интоксикации предпочтительными считали пункционно-дренирующие операции. Вторым этапом считали люмбоскопические вмешательства, с возможностью дальнейших этапных санаций. Третий этап — открытые операции, выполнялись при распространенности процесса, обуславливающей угрозу повреждения окружающих органов и сосудов при люмбоскопии, невозможности обеспечить адекватный отток по дренажным контрапертурам.

Выводы:

1. При лечении гнойно-воспалительных осложнений ЗП панкреатогенного генеза следует отдавать предпочтение малоинвазивным вмешательствам.
2. Соблюдение принципа этапности позволяет применять наиболее эффективную и наименее травматичную операцию в конкретной ситуации.
3. Учитывая сложность патологии и многофакторность влияния на исход лечения необходимы дальнейшие исследования в данном направлении.

Список литературы:

1. Деллинджер Э.П. Инфекционные осложнения панкреатита // Клиническая микробиология и атимикробная химиотерапия. — 2003. — № 2. — С. 108—118.
2. Корымасов Е.А., Кричмар А.М., Джарар Р.М. Эффективность малоинвазивных пункционно-дренажных вмешательств в лечении панкреонекроза // Казанский мед. ж., — 2013. — № 1. — С. 1—6.
3. Кригер А.Г., Владимиров В.Г., Андрейцев И.Л. и др. Лечение панкреонекроза с поражением забрюшинной клетчатки // Хирургия. — 2004. — № 2. — С. 18—22.
4. Семенов Д.Ю., Ребров А.А., Васильев В.В. и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении острого деструктивного панкреатита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2004. — № 3. — С. 41—46.