

ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. В. Бойко, И. А. Криворучко, Е. В. Мушенко, Ю. В. Иванова

Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков,
Харьковский национальный медицинский университет

EVOLUTION OF VIEWS CONCERNING TREATMENT OF PANCREONECROSIS

V. V. Boyko, I. A. Kryvoruchko, E. V. Mushenko, Yu. V. Ivanova

Zaytsev Institute of General and Urgent Surgery, Kharkov,
Kharkov's National Medical University

Проблема лечения больных по поводу панкреонекроза актуальна в последние десятилетия. С момента первого описания деструктивного панкреатита Р. Фитцем (1889) тактика лечения заболевания неоднократно менялась: от исключительно консервативной до максимально агрессивной. Однако и в настоящее время проблема лечения панкреонекроза, особенно его инфицированных форм, не решена, о чем свидетельствует высокая летальность, достигающая, по данным отечественных и зарубежных авторов, 86%.

Представлены результаты лечения 514 больных, оперированных по поводу панкреонекроза небилиарного генеза в клиниках и хирургическом отделении Харьковской ОКБ в 2006 — 2015 гг. Больные распределены на 3 группы: 105 пациентов (1-я группа) — оперированы в сроки до 14 сут, 252 (2-я группа) — 14 — 30 сут, 157 (3-я группа) — более 30 сут от начала заболевания.

Диагностический алгоритм включал проведение общеклинических, биохимических, коагулологических анализов, определение группы крови. Инструментальная диагностика предусматривала выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ).

Тяжесть состояния пациентов после госпитализации и в процессе лечения оценивали в соответствии с критериями шкал SOFA, Marshall, APACHE II; наличие признаков полиорганной дисфункции — в соответствии со шкалой MODS. Диагностика внутрипанкреатической инфекции (ВПИ) основана на результатах тонкоигльной аспирации содержимого патологических очагов с последующим бактериологическим исследованием материала либо показателя теста с прокальцитонином (BRAHMS PCT—Q Germany).

На основании анализа полученных данных полиорганная дисфункция выявлена у всех пациентов, тяжелое состояние при госпитализации у 49,8% пациентов — в соответствии со шкалой SOFA, 45% — шкалой Marshall, 57% — шкалой APACHE II.

По данным УЗИ и/или КТ, некроз более 50% паренхимы поджелудочной железы выявлен у 24% больных, 30 — 50% — у 44%, менее 30% — у 32%. КТ с болюсным контрастным усилением проведена у 75,1% больных. По результатам инструментальной диагностики, центральный тип поражения поджелудочной железы выявлен у 10% больных, правый тип — у 18%, левый тип — у 33%, смешанный тип — у 39%.

ВПИ диагностирована у всех пациентов по результатам клинико-лабораторных исследований и интраоперационным данным. До операции ВПИ выявлена у 41% больных по результатам тонкоигльной аспирации с окраской по

лученного материала по Граму, у 34% — по данным теста с прокальцитонином (повышение уровня прокальцитонина более 2 нг/мл).

До операции ВПИ выявлена у 39 (33,9%) больных 1-й группы, что явилось показанием к раннему оперативному лечению; во 2-й и 3-й группах — соответственно у 112 (42,7%) и 98 (71,5%) больных.

Продолжительность лечения в 1-й группе составила в среднем $(12,3 \pm 1,3)$ дня, во 2-й группе — $(22,3 \pm 1,8)$ дня, в 3-й группе — $(32,9 \pm 2,8)$ дня.

Закрытый метод лечения, предусматривавший лапаротомию, некрэктомию, дренирование патологических очагов, применен у 167 (32,5%) больных, повторные операции выполнены у 47,3%. Летальность составила 36,5%.

Открытый метод (некрэктомию, оментобурсостомию, одно- или двухстороннюю люмботомию) с последующей этапной санацией применен у 181 (35,2%) пациентов, летальность 20,4%. Необходимость в выполнении повторных вмешательствах возникла в 8,1% наблюдений.

Программная лапаростомия при возникновении абдоминального компартмент синдрома проведена у 24 (4,7%) пациентов, у 7 из них использована VAC-терапия. Летальность составила 24%, частота осложнений — 75%.

Видеоэндоскопические вмешательства выполнены у 49 (9,5%) больных, пункционно-дренирующие операции под контролем УЗИ/КТ — у 335 (65,2%). Летальность составила 13,6%, осложнения возникли у 22,7% больных.

Видеоассистированная некрэктомию выполнена у 170 (33,1%) больных.

Летальность составила 11,8%, осложнения выявлены у 23,5% больных. В последующем открытые вмешательства выполнены у 16 больных, летальность составила 29,2%.

Дренирование скоплений жидкости и панкреатических псевдокист поджелудочной железы под контролем УЗИ осуществлено у 58 (11,3%) больных, осложнения возникли у 7,5%, все пациенты живы.

Наружное открытое дренирование осложненных псевдокист поджелудочной железы произведено у 35 (6,8%) пациентов. Осложнения возникли у 44,4% из них, летальность составила 16,7%. По поводу псевдокист, осложненных аррозивным кровотечением, выявленных у 8 (1,6%) пациентов, у 2 (25%) — применен ангиографический гемостаз, у 6 (75%) — выполнены открытые вмешательства. Летальность составила 50%.

Таким образом, отсрочка оперативного вмешательства более чем на 14 сут от начала заболевания, дифференцированное этапное хирургическое лечение позволяют достоверно улучшить результаты лечения больных по поводу панкреонекроза.