



Е. Г. Доценко

ГУ «ИОНХ им В. Т. Зайцева  
НАМН Украины», г. Харьков

© Доценко Е. Г.

## ОТКРЫТЫЕ И МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ЗАБРЮШИННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

**Резюме.** В работе представлен сравнительный анализ результатов лечения 76 больных с забрюшинными гнойно-воспалительными осложнениями деструктивного панкреатита с применением открытых и малоинвазивных методов хирургической коррекции.

**Ключевые слова:** *острый деструктивный панкреатит, забрюшинные осложнения, малоинвазивные хирургические методы.*

### Введение

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, 3, 4]. В настоящее время в лечении данной патологии предпочтение отдается малоинвазивным методам [1, 2]. Однако до настоящего времени дискуссионными остаются большинство вопросов о тактике их применения [2, 3, 4]. Мы сравнительно анализируем собственный опыт лечения данной патологии.

### Материалы и методы исследований

Нами изучены результаты лечения 76 больных с гнойно-воспалительными процессами ЗП, осложнившими течение панкреонекроза, находившихся на лечении в ИОНХ им В. Т. Зайцева НАМНУ и ХГКБСНМП им. А. И. Мещанинова за период с 2009 по 2013 год. Мужчин было 47, женщин 29, средний возраст составил 53,9 лет. До 12 часов обратилось 28 пациентов, в первые сутки — 38, запоздалая госпитализация (свыше 24 часов) отмечена в 10 случаях. Все пациенты были разделены на две группы: I (основная) — больные, у которых в лечении применялись малоинвазивные методы (45); II (группа сравнения) — пролеченные «открытыми» методами (31). У больных диагностированы: геморрагический ОДП в 19 случаях, жировой — в 23, смешанный — 34. Причиной ОДП у 58 больных выступил алиментарный фактор, у 18 билиарная патология. 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 (42 пациента) и ЯМРТ (46 пациентов). Оценка тяжести состояния больных проводилась по общему статусу, шкале SAPS II, SOFA.

### Результаты исследований и их обсуждение

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, принципом которой является применение наименее инвазивных методов с переходом к более при неэффективности последних.

На первом этапе в основной группе 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 наименьшую степень интоксикации и тяжесть состояния — (19,8±3,9) балла по SAPS II и (10,3±2,1) по SOFA. В данной категории пациентов летальных исходов не было, средний койко-день составил (14,5±3,9) суток.

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 SAPS II 21,1±3,2, SOFA 11,2±1,4. Летальный исход отмечен у 1 больного (8,3%), средний койко-день составил (13,9±4,2) суток.



В 18 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 ПВХ проводник. Производили разрез кожи с последующей дилатацией канала возрастающими по диаметру коаксиальными катетерами. Под контролем оптики выполняли санацию полости, разъединение перемишек, удаление свободно лежащих секвестров, контроль гемостаза. При наличии технических трудностей предпочтение отдавалось методике hand assistant (9 случаев). Операцию завершали дренированием полости из 3 точек. Показатели SAPS II (24,1±3,0), SOFA (13,1±1,1). В дальнейшем с целью контроля эффективности лечения проводились динамические УЗИ и ЯМР исследования, динамическая оценка по шкале SOFA. Отсутствие снижения суммы баллов на 4 балла в первые 2 суток, уменьшение полости деструкции и инфильтрации на 20 % служили показанием к переходу к более агрессивным вмешательствам. Подобная ситуация отмечена у 4 больных, которым в качестве корригирующей операции выполнены люмботомии, некрсеквестрэктомии, с последующими программированными санациями. При прогрессирующих проявлениях сепсиса и полиорганной недостаточности

(ПОН) умерли трое из этих пациентов. Летальность составила 16,7 %, средний койко-день составил (29,3±6,2) суток. Таким образом, общая летальность в основной группе составила 8,9 %.

В группе сравнения первичные люмботомии выполнены у 18 больных в первые 7 суток от поступления. Показатели SAPS II (18,1±3,1), SOFA (12,9±1,4). Летальный исход отмечен у 4 больных (22,2 %), средний койко-день составил (19,9±6,2) суток. Отсроченные люмботомии произведены в 13 случаях. Показатели SAPS II (20,2±4,3), SOFA (11,1±2,1). Летальный исход отмечен у 2 больных (15,4 %), средний койко-день составил (33,7±8,2) суток.

Статистически достоверных различий между основной и группой сравнения по показателям балльной оценки тяжести и ПОН не выявлено. В основной группе летальность оказалась достоверно ниже, средний койко-день различался не существенно.

#### Выводы

1. Забрюшинные гнойно-воспалительные осложнения остаются наиболее тяжелой проблемой лечения панкреонекроза.

2. Применение малоинвазивных методов лечения позволяют значительно улучшить результаты лечения больных с данной патологией, однако требуют строгой стратификации выбора конкретного варианта вмешательства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В. С. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. — М. : МИА, 2008. — 264 с.  
2. Antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis may not improve outcomes / H. G. Beger, B. Rau, R. Isenmann, M. Schwarz // Gastroenterology. — 2004. — Vol. 127. — P. 997–1004.

3. Carter R. Percutaneous management of necrotizing pancreatitis / R. Carter // HPB (Oxford). — 2007. — Vol. 9, N 3. — P. 235–239.  
4. Huber W. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis. Current Recommendations / W. Huber, R. M. Schmid // Internist (Berl). — 2011. — Vol. 52, N 7. — P. 823–830.

#### ВІДКРИТІ ТА МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ЗАОЧЕРЕВИННИХ УСКЛАДНЕНЬ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Є. Г. Доценко

#### OPEN AND LOW INVASIVE METHODS OF CORRECTION OF RETROPERITONEAL COMPLICATIONS OF PANCREATIC NECROSIS

E. G. Dotsenko

**Резюме** У роботі представлено порівняльний аналіз результатів лікування 76 хворих з заочеревинними гнійно-запальними ускладненнями деструктивного панкреатиту із застосуванням відкритих і малоінвазивних методів хірургічної корекції.

**Ключові слова:** гострий деструктивний панкреатит, заочеревинні ускладнення, малоінвазивні хірургічні методи.

**Summary** This work presents a comparative analysis of the results of treatment 76 patients with retroperitoneal inflammatory complications destructive pancreatitis using open and minimally invasive surgical correction.

**Key words:** acute destructive pancreatitis, retroperitoneal complications, minimally invasive surgical techniques.