

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ
ПРИ НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА

А. И. Рылов, Г. М. Грищенко, О. Ю. Михно, И. П. Стеценко

Запорожский государственный медицинский университет, Кафедра общей хирургии
(заведующий – доктор мед. наук, профессор Ганжий В. В.), г. Запорожье, Украина

В клинике общей хирургии под наблюдением находились 63 пациента с асептическим панкреонекрозом. Установлены показания к проведению видеолaparоскопического дренирования брюшной полости у больных с асептическим панкреонекрозом. Выявлены противопоказания к проведению инвазивных методов дренирования у больных с данной патологией.

Ключевые слова: видеолaparоскопия, некротический панкреатит, дренирование, ультразвуковое исследование, экссудация.

Введение. Одним из важных тактических вопросов лечения острого некротического панкреатита является определение показаний к дренирующим операциям [3, 4]. Дренирование брюшной полости производится не только на стадии гнойных осложнений, но и на стадии стерильного панкреонекроза. В последнее время используется – видеолaparоскопический метод. Но единого подхода в определении показаний к дренированию брюшной полости при стерильном панкреонекрозе нет. Часть авторов считает, что дренирование брюшной полости необходимо больным только с явлениями перитонита, другие рекомендуют дренирование при неэффективности консервативных мероприятий. Встречается мнение, что дренирование необходимо всем пациентам с диагнозом «острый некротический панкреатит» при поступлении в стационар.

В настоящем исследовании изучена необходимость видеолaparоскопического дренирования брюшной полости, его эффективность и отрицательные последствия, показания к этой манипуляции при асептическом панкреонекрозе.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 63 пациента, у которых верифицирован диагноз острого некротического панкреатита. Тяжесть состояния больных оценивалась при поступлении в стационар по шкале оценки тяжести физиологического состояния (ТФС), масштабы распространения патологического процесса – по индексу поражения брюшной полости (ИПБП) [5]. Всем больным проводилось УЗИ с целью определения распространенности процесса и количества свободной жидкости в брюшной полости, а также микробиологическое исследование. По необходимости выполнялась компьютерная томография.

Лечение проводили по стандартам лечения больных данной патологией, разработанной в клинике общей хирургии (рук. д.мед.н., проф. Ганжий В. В.). Распределение пациентов было осуществлено следующим образом (табл. 1).

Гнойные осложнения были отмечены у 7 % больных, летальность 18 %.

Основную группу составили 50 пациентов, которым выполнена видеолaparоскопия, причем 7 видеолaparоскопия выполнена повторно. При этом большое количество жидкости

Таблица 1

Распределение пациентов

	До 40 лет	41–60 лет	Старше 60 лет
М	18 (29 %)	9 (14,5 %)	3 (4,8 %)
Ж	5 (8,1 %)	12 (19,4 %)	15 (24,2 %)
Всего	23 (37,1 %)	21 (33,9 %)	18 (29 %)

при исследовании получено только у 11 пациентов, в 30 % по данным УЗИ свободная жидкость отсутствовала, 12 пациентам видеолaparоскопия не выполнялась, свободная жидкость в этой группе по данным УЗИ определена у 8 пациентов.

Эффективность дренирования оценивалась по количеству отделяемой жидкости. Количество экссудата до 200,0 мл – небольшое, до 600,0 мл – умеренное, и более 800,0 мл – большое.

Результаты исследования и их обсуждение. У 32 % больных после видеолaparоскопического дренирования отмечалось большое количество отделяемого по дренажам, хотя при этом по данным УЗИ только у 17 % было выявлено большое количество свободной жидкости. У 48 % умеренное количество жидкости после дренирования, у 18 % небольшое, и у 2 % жидкости получено не было.

При стерильном панкреонекрозе не было однозначного соответствия количества жидкости, выявленного в брюшной полости при УЗИ и количества жидкости, в последующем отделявшегося по дренажам из-за особенностей течения деструктивного панкреатита. Даже если при УЗИ свободная жидкость не определялась, дальнейшее прогрессирование заболевания может привести к ее накоплению. Кроме того, на экссудацию может оказывать влияние и само нахождение дренажа в брюшной полости.

Таким образом, при асептическом панкреонекрозе показание к проведению видеолaparоскопического дренирования невозможно определить по данным УЗИ, за исключением наличия большого количества жидкости. При этом другие способы определить показания отсутствуют.

Для решения вопроса о дренировании брюшной полости, когда не выявлено большое количество жидкости выполняли анализ лечения пациентов с умеренным и небольшим количеством жидкости по данным УЗИ. Тяжесть, состояния которая определялась при поступлении по шкале ТФС, также не имела достоверных различий.

Анализ показал, что, при отсутствии достоверных различий исходной тяжести состояния и возраста пациентов, результаты лечения различались. У пациентов, которым выполнялась видеолaparоскопия, была выше частота развития гнойных абдоминальных осложнений, при этом суммировался индекс поражения брюшной полости и продолжительность госпитализации ($p < 0,05$).

Развитие гнойных осложнений потребова-

ло проведение повторной видеолaparоскопии (3) и открытых оперативных вмешательств (8). На основании этого предположили, что выполнение видеолaparоскопии в отсутствие большого количества свободной жидкости не является необходимым из-за увеличения риска осложнений, увеличения масштабов поражения брюшной полости. При микробиологическом исследовании больных с гнойными абдоминальными осложнениями выявлены экзогенные госпитальные штаммы.

Риск контаминации госпитальной микрофлорой при выполнении видеолaparоскопии связан с длительным нахождением дренажей в брюшной полости. На основании оценки влияния нахождения дренажей в брюшной полости по вероятности инфицирования выявлена прямая зависимость частоты гнойных абдоминальных осложнений от сроков нахождения дренажей в брюшной полости. Достоверные результаты частоты инфицирования определялись при сроках нахождения дренажей до 2 недель включительно и более длительно (рис. 1).

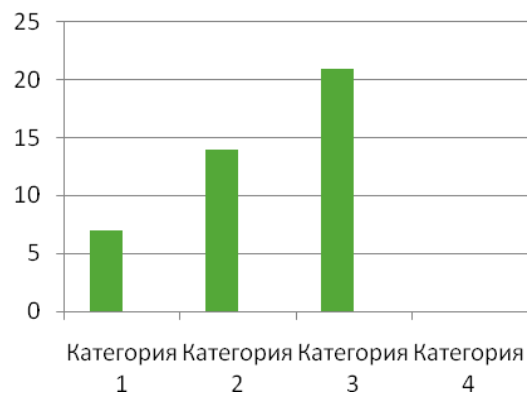


Рис. 1.

Далеко не всегда длительное нахождение дренажей в брюшной полости оправдано необходимостью удаления экссудата. Даже когда по дренажам оттекает большое количество жидкости, то, как правило, заканчивалось на 6–8 сутки после дренирования. Сроки нахождения дренажей в брюшной полости неоправданно велики, что в значительной степени способствует развитию гнойных осложнений при остром некротическом панкреатите. Проведение контроля за течением патологического процесса возможно проверкой по данным УЗИ и компьютерной томографии.

В ходе наблюдения выявлено, что, несмотря на миниинвазивность, видеолaparоскопия может оказать отрицательное воздействие на

пациента. В ходе исследования ухудшение состояния больных зарегистрировано в 9 случаях, а в 2 наблюдениях привело к серьезному ухудшению состояния с гипотонией, пролонгированной ИВЛ. Риск проведения видеолaparоскопии связан с общим состоянием пациента. Если на догоспитальном этапе отмечалась гипотония, несмотря на стабилизацию гемодинамики перед выполнением видеолaparоскопии, серьезные гемодинамические и дыхательные расстройства наблюдались у 30 % пациентов.

Вывод. Таким образом, при асептическом панкрео-некрозе не наблюдается однозначного соответствия количества жидкости, выявленной при УЗИ и количества жидкости которая отделяется по дренажам из брюшной полости. Поэтому, за исключением большого количества жидкости, визуализируемой при

исследовании данные УЗИ, не могут служить показанием к дренированию. При асептическом панкреонекрозе лапароскопическое дренирование показано только при выявлении большого количества жидкости. Умеренное и небольшое количество жидкости не требует дренирования, а дренирование при отсутствии жидкости увеличивает риск гнойных осложнений, оперативную активность и сроки госпитализации больного. Выполнение видеолaparоскопии само по себе может оказывать отрицательное влияние на состояние больного с тяжелым течением деструктивного панкреатита. При дренировании брюшной полости у пациентов со стерильным панкреонекрозом дренажи следует удалить сразу после прекращения выраженных экссудативных процессов. Сохранение дренажей на сроки более 1–2 недель резко увеличивает возможность развития гнойных абдоминальных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев Э. Г. Методы лапароскопии Ассоциированной. При остром деструктивном панкреатите // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – №5 – С. 58–59.

2. Благовестков Д. А., Хватов В. Б. Упырев А. В. и др. Хирургия // Клиническое течение острого панкреатита и его осложнений. – 2004. – 5.– С. 68–75.

3. Сучасна тактика хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту / Копчак В. М., Хомяк І. В., Шевчук І. М.[2] // Клінічна хірургія. – 2003. – №8. – С. 12–15.

4. Хомяк И. В. Хірургічне лікування гострого панкреатиту. Сучасний стан проблеми // Клінічна хірургія. – 2003. – №3. – 57–59.

5. Шапкин Ю. Г., Березенко С. Ю., Тока-

рев В. П. Хирургия // Раннее диагностика и алгоритм хирургической тактики при остром деструктивном панкреатите. – 2007. – №2. – С. 34–37..

6.. Johnson C. D. Complications of APACHE II Score and Obesity Score // for the Prediction of Severe Acute Pancreatitis – Pancreatology. – 2004 – V.1. – №1 – P. 1–6.

7. Boermeester M.A. Management of Acute Pancreatitis // Digestive Surgery. – 2002. – V.19, №2 – P.125–128.

8. Videoscopic assisted retroperitoneal debridement in infected necrotizing pancreatitis /A.C. Ran Santroort, M.G. Besselink, K.D. Hopvath [at al.]// APB. – 2007. – V.9 .– P.156–159.

А. І. Рилов, Г. М. Грищенко,
О. Ю. Міхно, І. П. Стеценко

ВИДЕОЛАПАРОСКОПІЧНЕ ДРЕНУВАННЯ ПРИ НЕКРОТИЧНИХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТУ

м. Запоріжжя, Україна

Резюме. В клініці загальної хірургії під наглядом перебували 63 пацієнта з асептичним панкреонекрозом. Встановлені показаннями до проведення видеолaparоскопічного дренивання черевної порожнини у хворих з асептичним панкреонекрозом. Виявлені протипоказання до проведення інвазивних методів дренивання у хворих з даною патологією.

Ключові слова: видеолaparоскопія, некротичний панкреатит, дренивання, ультразвукове дослідження, екссудація.

A. I. Rylov, G. M. Grishchenko,
O. Yu. Mikhno, I. P. Stetsenko

VIDEOLAPAROSCOPIC DRAINAGE OF NECROTIC FORMS OF PANCREATITIS

Zaporozhye, Ukraine

Summary. In the clinic of General surgery were observed in 63 patients with aseptic necrotic pancreatitis. Established indications to the video laparoscopy drainage of the abdominal cavity in patients with aseptic necrotic pancreatitis. Identified contraindications for the invasive methods of drainage in patients with this pathology.

Key words: video laparoscopy, necrotic pancreatitis, drainage, ultrasound examination, exudation.