

Довнар И.С., Мармыш Г.Г., Хильмончик И.В.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»

Актуальность. Высокая летальность при панкреонекрозах наиболее часто обусловлена гнойно-некротическими осложнениями. Они возникают в фазе расплавления и секвестрации патологических очагов, когда в поджелудочную железу и забрюшинную клетчатку проникает гнойно-гнилостная инфекция. Лизис некротических тканей обычно начинается с 5-7-го дня, а процесс секвестрации появляется через 2-3 недели от начала заболевания. Трудности диагностики, как объема некротических тканей, так и гнойно-некротических осложнений приводят к не своевременному или к не в полной мере адекватному оперативному вмешательству, чем обусловлены неблагоприятные исходы заболевания.

Цель исследования - анализ эффективности хирургического лечения пациентов с гнойно-некротическими осложнениями панкреатита.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезней 61 пациента, находившегося на стационарном лечении в клинике общей хирургии с гнойно-септическими осложнениями панкреонекроза за период с 2010 по 2019 гг. Из них женщин было 24 (39,3%), мужчин – 37 (60,7%). Возраст больных варьировал от 20 до 87 лет. Средний возраст больных составил $48,8 \pm 1,4$ лет. За исследуемый период в больницу было госпитализировано 2853 пациентов с острым и хроническим панкреатитом, соответственно гнойные осложнения возникли у 2,1% из них.

Результаты. Критериями гнойно-некротического панкреатита являлись прогрессирование клинических симптомов, данные лабораторных показателей и инструментальных методов исследования. К ним относились: тяжелое общее состояние пациента, адинамия, истощение, лихорадка; высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, фибриногена, С-реактивного белка; значительная анемия и симптомы почечной недостаточности; выраженные местные симптомы (инфильтрат, вздутие живота, асцит, перитонит, отек подкожной клетчатки и др.); МРТ, КТ и УЗИ признаки (нарастание в динамике жидкостных образований, выявление девитализированных тканей или пузырьков газа).

Характер осложнений был следующим: некротическая флегмона забрюшинного пространства, оментобурсит, абсцессы брюшной полости, перитонит и др. Осумкованные очаги (нагноившиеся кисты, абсцессы) выявлены у 35 (57,4%) пациентов, распространенные (флегмона забрюшин-

ной клетчатки) – у 26 (42,6%) пациентов. Деструкция 12 перстной кишки, толстого кишечника или желудка наблюдалась у 7 (11,5%) пациентов.

При гнойных осложнениях деструктивного панкреатита проводилось хирургическое вмешательство с целью санации поражённой забрюшинной клетчатки и при необходимости брюшной полости. Вмешательство включало раскрытие, санацию и дренирование поражённой забрюшинной клетчатки. Важным компонентом санации являлась некрсеквестрэктомия, которая была как одномоментной, так и многоэтапной. Достаточно широко применялись миниинвазивные хирургического методы, которые мы не рассматриваем как конкурирующие традиционным методам. Они имеют строгие показания и призваны обеспечить наиболее адекватные условия для дренирования забрюшинной клетчатки в соответствии с установленным диагнозом. Малоинвазивные вмешательства легко выполнимы, малотравматичны и эффективны при обоснованном показании и соблюдении методологии. При неэффективности перечисленных методов дренирования при гнойном панкреонекрозе проводилось стандартное оперативное лечение.

Аспирационные санации и/или дренирование под ультразвуковым контролем были выполнены 22 пациентам. 10 из них в последующем были оперированы открытым методом из-за наличия секвестров больших размеров, а также неэффективности лечения пункционным способом. 5 пациентам выполнена лапароскопическое дренирование гнойных очагов, 2 из них в последующем оперированы открытым методом. 31 пациент с гнойными осложнениями изначально был оперирован открытым методом.

Выполнялись некрэктомии, вскрытия флегмон забрюшинного пространства, люмботомии, наложения оментобурсостом. В послеоперационном периоде проводились перевязки под наркозом через 1-3 дня с поэтапной некрэктомией до полного очищения очага деструкции. У наиболее тяжелых пациентов формировали лапаростому.

В послеоперационном периоде проводилась комплексная терапия: нутриционная поддержка, системная антибиотикотерапия в сочетании с профилактикой дисбактериоза и других осложнений; иммунокоррекция, активная коррекция паралитической кишечной непроходимости.

Средняя длительность стационарного лечения у пациентов оперированных миниинвазивными методами составила $26,2 \pm 4,0$ дня. В группе пациентов оперированных лапаротомно - $40,9 \pm 3,7$ дня.

Несмотря на продолжающуюся массивную антибактериальную, дезинтоксикационную и посиндромную терапию в послеоперационном периоде летальный исход наступил у 19 (31,1%) пациентов.

Выводы. Наличие гнойных осложнений панкреатита служит абсолютным показанием к хирургическому лечению. В большинстве случаев

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

приходится прибегать к открытым операциям, даже если первоначально выполнялись миниинвазивные вмешательства. Тем не менее, в ряде случаев при нагноившихся ложных кистах малоинвазивные методики позволяют полностью купировать гнойный процесс, и данными способами лечения не следует пренебрегать.