

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

*Белик Б.М.1, Тенчурин Р.Ш.1,2, Дадаян А.Р.2, Абдурагимов З.А.1,2,
Мареєв Д.В.2, Осканян М.А.1, Маслов А.И.1, Родаков А.В.1,
Чиркинян Г.М.1*

НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, ²МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Актуальность. Хирургический метод является основным в лечении панкреонекроза (ПН) и его осложнений. Развитие современных ультразвуковых и эндовидеохирургических технологий способствовало их приходу на смену традиционному лапаротомному и/или люмботомическому доступу. Однако остается не до конца решенной проблема целесообразности применения минимально инвазивных (МИ) методов в лечении гнойно-деструктивных осложнений ПН, так как используемые при этом дренажи имеют относительно небольшой диаметр и не всегда выполняют своей функции.

Цель исследования: оценить эффективность использования минимально инвазивных хирургических технологий в лечении инфицированного ПН.

Материал и методы. С 2004 по 2019 гг. в хирургическом отделении МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А. Семашко» г. Ростова-на-Дону находились на лечении 108 больных с инфицированными формами ПН. У 73 (67,5%) пациентов имелся инфицированный отграниченный ретроперитонеонекроз (РПН) в виде панкреатогенного абсцесса или ранней инфицированной псевдокисты. У 35 (32,4%) больных отмечался неотграниченный инфицированный РПН (забрюшинная флегмона). Для диагностики очагов панкреатогенной деструкции использовали ультразвуковой (УЗ) метод, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию. Тяжесть состояния пациентов оценивали с помощью шкал APACHE-II и SOFA.

Все пациенты были разделены на две группы. Основная группа состояла из 45 пациентов, у которых в лечении гнойно-деструктивных осложнений ПН использовали различные варианты и сочетания МИ хирургических вмешательств, а также их комбинации с традиционными открытыми операциями. У 26 пациентов в лечении применяли исключительно МИ операции. Этим пациентам в целом проведено 57 МИ хирургических операций, включающих чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства (ЧПДВ) под УЗ-контролем, видеоассистированные санации

(ВАС) через мини-оментобурсостому и/или ретроперитонеостому. При проведении ЧПДВ под УЗ навигацией в зависимости от топографии, размеров и характера патологического очага применяли различные методы: одноэтапное установление дренажей с помощью стилет-катетера, многоэтапный (установление нескольких дренажей с последующей заменой их на трубки большего диаметра), а также троакарный способ на основе использования разработанного нами специального расширителя хирургического доступа, позволяющего одновременно установить дренажи большого диаметра и/или «гильзу» для формирования мини-ретроперитонеостомы, через которую в дальнейшем осуществляли этапные ВАС гнойно-некротических полостей. У 19 пациентов применяли комбинацию мини-инвазивных методик и открытых операций. В группу сравнения были включены 63 пациента, у которых для дренирования гнойно-некротических очагов использовали традиционные открытые операции.

Результаты. Из 45 пациентов основной группы комплексное лечение инфицированного ПН с применением МИ методик оказалось эффективным и достаточным у 26 (57,8%) больных. У этих пациентов МИ операции явились законченным видом хирургического лечения. У данных больных превалировал жидкостный компонент в очагах панкреатогенной деструкции либо имели место отграниченные формы РПН. В этом случае применение МИ вмешательств, и прежде всего различных вариантов ЧПДВ под УЗ наведением, позволило в большинстве случаев снизить фактор операционной травмы и избежать открытых операций. Вместе с тем необходимым отметить опасность преувеличения возможностей МИ вмешательств в качестве основного метода лечения при неотграниченных формах инфицированного РПН, при которых имеется длительная и обширная секвестрация. В таких случаях для достижения стойкого лечебного эффекта следует своевременно прибегнуть к традиционному хирургическому вмешательству. Так, у 19 (42,2%) пациентов в основной группе после проведения МИ вмешательств были выполнены открытые операции. Вместе с тем применение МИ методик на первом этапе лечения инфицированного ПН позволило устранить у больных септические проявления (SOFA >3 баллов, APACHE-II >20 баллов) и в дальнейшем выбрать наиболее подходящие сроки для выполнения открытого хирургического вмешательства в отсроченном порядке (на 2-3-й неделе заболевания и даже позже) в условиях наступившей демаркации, секвестрации и разграничения зон некроза и жизнеспособных тканей. Из 45 больных основной группы умерли 8 (летальность – 17,8%). Основной причиной неэффективности применения МИ методов лечения являлось наличие неотграниченного инфици-

рованного РПН с преобладанием плотного тканевого компонента. В группе сравнения из 63 пациентов умерли 18 (летальность – 28,6%).

Выводы. Применение мини-инвазивных вмешательств при отграниченных гнойных осложнениях ПН обеспечивает адекватную санацию и дренирование патологических очагов в совокупности с низкой хирургической агрессией доступа, что способствует улучшению результатов лечения. Вместе с тем различные мини-инвазивные технологии у пациентов с неотграниченными формами РПН должны применяться по исключительно строгим показаниям и не противопоставляться традиционным хирургическим вмешательствам открытого типа, а при необходимости применяться в комбинации с ними, исходя из конкретной клинической ситуации. Использование ЧПДВ у этих больных на раннем этапе лечения, как правило, приводит к уменьшению выраженности септических проявлений, что позволяет лучше подготовить пациентов для выполнения в последующем радикального хирургического вмешательства открытого типа.