

ПОКАЗАНИЯ К МАЛОИНВАЗИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Милешко М.И., Гарелик П.В., Дешук А.Н., Е.И. Козак
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Введение. Успехи в лечении некротизирующей формы острого панкреатита во многом зависят от объёма и эффективности консервативного лечения. Несмотря на применение современных патогенетически обусловленных препаратов, течение панкреонекроза осложняется «жидкостным синдромом» - скоплением разных количеств жидкости в брюшной полости, забрюшинной жировой клетчатке: парапанкреатической, паранефральной, по боковым каналам, а также в полости сальниковой сумки. В первые несколько суток эта жидкость представляет собой стерильный экссудат, но с высокой активностью панкреатических ферментов. В последующем в связи с нарушением микроциркуляции жидкость приобретает коричневый (бурый) цвет с геморрагическим оттенком. При отсутствии эффекта от лечения в связи с порезом кишечника возникает синдром транслокации и происходит нагноение жидкостных образований.

В силу известных анатомических особенностей, при сопутствующем холедохолитиазе возникает ещё один жидкостной синдром приводящий к желчной гипертензии, с повышенным содержанием желчи, как в самом желчном пузыре, так и во внепечёночных желчных протоках.

Для устранения жидкостных осложнений панкреатита были предложены и нашли широкое применение малотравматичные вмешательства. К настоящему времени уже накоплен большой опыт их применения. Однако, отношение хирургов к данной группе операций не однозначно: от слишком широкого применения, до единичных вмешательств по строгим показаниям.

Цель. Определить показания и оценить эффективность применения малоинвазивных методов лечения острого панкреатита.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов применения малоинвазивных вмешательств у 205 пациентов с панкреонекрозом находившихся на лечении в клинике в течение последних 15 лет. Мужчин было 169, женщин 36, в возрасте от 28 до 84 лет. За этот временной промежуток в клинике проводилось лечение 299 человек с разными формами панкреонекроза. Таким образом, малоинвазивные вмешательства применены у 68.5% пациентов.

Диагноз острого панкреатита и его жидкостных осложнений выставлялся на основании клинических и лабораторных данных, а также заключениях специальных методов исследования: УЗИ, ФГДС, КТ, МРТ, лапароскопии (носила как диагностический, так и лечебный характер).

Результаты и обсуждение. Наиболее частым жидкостным осложнением панкреонекроза является ферментативный перитонит, который имел место у

68 человек. Основным пособием при данном осложнении были лапароскопическая санация с последующим дренированием брюшной полости. С последней, методом аспирации удаляли от 1,0 до 4,5 литров экссудата жёлтого цвета, при более тяжёлом состоянии пациентов экссудат приобретал геморрагический оттенок. Затем брюшную полость отмывали 2-4 литрами физиологического раствора или раствором Рингера-Локка. Обычно, обратно весь введённый раствор аспирировать не удаётся – остаётся в брюшной полости до 500 мл раствора. Как видно из опыта, это не является осложнением, в последующем он выделяется самостоятельно по дренажным трубкам, которые вводятся в подреберья и полость таза. Как показал анализ результатов лечения ферментативного перитонита данным методом, он во всех случаях оказался эффективным: количество жидкости в брюшной полости уменьшалось в течение 3-5 дней и в последующем не определялось, не было перехода ферментативного перитонита в гнойный.

У 10 из этих пациентов во время лапароскопии была предпринята попытка дополнительно установить трубку в жидкостном скоплении в сальниковой сумке. Однако, одной лапароскопии оказалось недостаточно. У 6 человек этого сделать не удалось. В последующем мы сочетали лапароскопию и УЗИ- наведение, что позволило задренировать сальниковую сумку в 4 наблюдениях.

У всех пациентов во время лапароскопии ревизировался желчный пузырь. При наличии желчной гипертензии выполнялась лапароскопическая декомпрессивная холецистостомия у 22 пациентов. В последние годы эта процедура у 29 человек заменена на микрохолецистостомию под УЗИ контролем. Устранение желчной гипертензии в большинстве случаев способствовало купированию клинических проявлений острого панкреатита.

Мы полагали, что альтернативой наружному отведению желчи может быть ЭПСТ, которую выполнили у 9 пациентов на фоне панкреатита. Эффект был получен у 3 человек с ущемлённым камнем в области БДС, в остальных случаях, наоборот, наступало обострение панкреонекроза вплоть до 1 летального исхода.

У 65-ти пациентов имелись жидкостные скопления, которые располагались в сальниковой сумке (по типу острой кисты) или в парапанкреатической клетчатке. При размерах полости до 5 см в диаметре у 31 пациента мы прибегли к пункции под УЗИ наведением и аспирации содержимого. Однако, данное мероприятие в половине случаев (16) не было эффективным, 12-ти пациентам производились повторные пункции, ещё 4-ём наружное дренирование.

При объёме жидкостной полости более 5 см по длиннику у 34-ёх человек производилось под УЗИ контролем наружное дренирование. В большинстве наблюдений пункцию жидкостного скопления или его дренирование стремились провести вне полого органа. Однако не во всех случаях это было возможным. У 5-ти человек желудок был как бы распластан на острой ложной кисте и последняя была пунктирована тонкой иглой через обе стенки желудка.

Ещё у 2 человек специально дренажную трубку в просвет кисты через стенки желудка не проводили, но данная ситуация была выявлена в последующем, после фиброгастроскопии. Во всех наблюдениях осложнения не наступили.

Дренирование гнойных забрюшинных абсцессов под УЗИ наведением выполнено у 12-ти человек. У каждого третьего оно оказалось не эффективным, вынуждены были перейти на открытые способы лечения. Данная ситуация связана с малым диаметром дренажной трубки через просвет которой не удаётся удалить некротические ткани.

Выводы.

1. Жидкостные осложнения панкреонекроза при которых показано применение различных малоинвазивных вмешательств встречаются у 68.5 % пациентов, большинство из них могут быть альтернативой открытым вмешательствам.

2. Наиболее эффективным малотравматичным пособием является лапароскопическое дренирование брюшной полости при ферментативном перитоните и декомпрессивные вмешательства на желчном пузыре при билиарной гипертензии. Предпочтение следует отдавать микрохолецистостомии под УЗИ контролем, как менее травматичному вмешательству по сравнению с другими видами холецистостом.

3. Однократные пункции жидкостных образований эффективны у половины пациентов, другой части показаны повторные пункции. Наружное отведение жидкостных скоплений по дренажным трубкам является эффективным только у трети больных, остальные нуждаются в традиционных методах лечения.