

ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Гусев Н. С., Рузаева А. С.

Оренбургский государственный медицинский университет,
кафедра факультетской хирургии
г. Оренбург

Ключевые слова: стерильный панкреонекроз; инфицированный панкреонекроз; абсцесс; флегмона; лапароскопические операции.

Резюме: В данной статье рассмотрены этиология и патогенез панкреонекроза, его формы и определяется частота встречаемости инфекционных осложнений при стерильном панкреонекрозе у пациентов, перенесших малоинвазивные вмешательства.

Resume: In this article, the etiology and pathogenesis of pancreatonecrosis and its form are examined and the incidence of infectious complications in sterile pancreatic necrosis in patients who underwent minimally invasive interventions is determined.

Актуальность. В настоящее время инфицирование очагов панкреатической деструкции считается основным фактором, приводящим к высокой летальности при остром панкреатите. В структуре летальности 80% причин – смерть от инфицирования. При стерильных формах панкреонекроза летальность варьирует от 0 до 10% [1, с. 235]. В связи с этим становится отчетливо видна актуальность проблемы хирургии панкреонекроза.

Данные эпидемиологических исследований показывают, что среди лиц пожилого и старческого возраста в качестве причины панкреонекроза первое место занимают желчнокаменная болезнь и ее осложнения, тогда как у лиц молодого и среднего возраста в качестве основного этиологического фактора выступает прием алкоголя и его суррогатов. Данная тенденция связана с увеличением числа больных, страдающих желчнокаменной болезнью в группах больных старше 40 лет и употребляющих алкоголь среди самой работоспособной (до 40 лет) части населения.

Эти наиболее часто встречаемые причины панкреонекроза, приводящие к острой «блокаде» терминального отдела общего желчного и главного панкреатического протока, являются неотложным показанием к эндоскопической декомпрессии внепеченочных желчных путей у больных панкреонекрозом [1, с. 236].

Для панкреонекроза, в отличие от интерстициального панкреатита (его отечной формы), наиболее характерно развитие разнообразных местных осложнений, в том числе инфицированных, сопровождающихся формированием выраженной системной воспалительной реакции, панкреатогенного и инфекционно-токсического шока, сепсиса и полиорганной недостаточности.

В настоящее время установлено, что панкреонекроз в первые 4 суток носит абактериальный характер (стерильный панкреонекроз). Формирование инфицированного панкреонекроза происходит уже на первой неделе заболевания. Ко второй неделе заболевания при распространенном панкреонекрозе к

инфицированию добавляются осложнения – начинают формироваться абсцессы, концу третьей и началу четвертой недели возможно формирование флегмон забрюшинного пространства.

Таким образом, при стерильном панкреонекрозе летальность составляет не более 10%, а при инфицированном панкреонекрозе достигает 30% и более.

Касательно проблем диагностики и комплексного лечения отличительной чертой панкреонекроза служит то, что в патологическом процессе четко обозначаются доинфекционная и инфекционная фазы заболевания, однако при оценке клинической картины не всегда возможно достоверно определить перешел ли уже процесс в инфекционную фазу или нет, если еще не сформировались хорошо видимые при ультразвуковом исследовании осложнения. Основу патогенеза деструктивного панкреатита в первой фазе составляет острое асептическое воспаление поджелудочной железы и окружающих структур забрюшинной клетчатки и брюшной полости, которое обусловлено аутолизом тканей под воздействием ферментов поджелудочной железы. Возникает не просто гиперпродукция про- и противовоспалительных медиаторов воспаления, но и дисрегуляция системной воспалительной реакции. Так, при определенном сочетании различных факторов (гиперферментемия, распространенный некроз поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и органов брюшной полости), эта реакция может приобрести автономность, стать независимой от действия инициирующего фактора, что объясняет отсутствие эффективности как хирургических, так и консервативных интенсивных мероприятий [1, с. 237].

При стерильном панкреонекрозе некротический процесс служит главной причиной развития «ранних» проявлений синдрома полиорганной дисфункции. В отношении выбора обоснованной хирургической тактики особенно важен тот факт патогенеза, что инфекционный процесс во вторую фазу заболевания обычно незаметно в основных клинических симптомах «наслаивается» на тканевую деструкцию, что определяет проблемы своевременной диагностики панкреатогенной инфекции и тяжесть состояния больного с инфицированным панкреонекрозом.

Особенно важно отметить, что не изначально прогрессирующая инфекция, а именно взаимосвязанность двух патологических процессов (деструктивного и инфекционного) становится главным фактором, который определяет исход заболевания.

В таких ситуациях принципиальную значимость приобретают патогенетически обоснованные и во время проведенные лечебные мероприятия в зависимости от фазы патологического процесса. Их цель состоит не только в устранении результатов деструктивных процессов, системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции, но и в опережающем воздействии на потенциальные источники и механизмы инфицирования, так как их присоединение влечет за собой быстрое развитие генерализованных форм инфекции.

Цель: Провести исследование по анализу частоты встречаемости инфекционных осложнений при стерильном панкреонекрозе у пациентов, перенесших малоинвазивные вмешательства.

Задачи:

Материал и методы. Исследование охватывает 17 больных, находившихся на лечении в ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга в 2015-2016 годах с подтвержденным панкреонекрозом.

Результаты и их обсуждение. Пациенты были разделены, в зависимости от полученных данных, на несколько групп:

А – выжившие пациенты, перенесшие только лапароскопические операции без септических осложнений и, соответственно, без повторных оперативных вмешательств;

В – выжившие пациенты, которые перенесли лапароскопические вмешательства с развившимися в дальнейшем септическими осложнениями и перенесшие дополнительные малоинвазивные оперативные вмешательства;

С – пациенты с летальным исходом, которые перенесли лапароскопические вмешательства с развившимися в дальнейшем септическими осложнениями и перенесшие дополнительные малоинвазивные оперативные вмешательства.

Группу **А** составили 7 (41,2%) от общего количества пациентов, в группу **В** вошли 7 (41,2%) пациентов и, наконец, группа **С** – 3(17,6%).

В группе А – лапароскопия являлась окончательным методом лечения. Мужчины составляют 42,8%, женщины – 57,1%, средняя продолжительность койко-дня составила 14, что соответствует среднему нормативному значению длительности госпитализации у пациентов с неосложненным панкреонекрозом. Основным этиологическим фактором у пациентов явилась погрешность в диете. Показанием к лапароскопическому оперативному вмешательству явилось наличие свободной жидкости в брюшной полости и в сальниковой сумке (100% пациентов). Выпот, полученный из брюшной полости, был подвергнут бактериологическому исследованию – роста микрофлоры получено не было. По виду панкреонекроза в большинстве случаев отмечался смешанный панкреонекроз (57,2%), геморрагический панкреонекроз встречался у 28,5% пациентов и жировой панкреонекроз встретился лишь у одного пациента (14,3%).

Группа В. Мужчины составили 85,7%, женщины - 14,3%, средняя продолжительность койко-дня – 49. 43% больных поступили с острым смешанным панкреонекрозом, 33% - с геморрагическим, 24% - с жировым панкреонекрозом. У всех был диагностирован диффузный серозно-геморрагический перитонит. У шести пациентов из 7 количество оперативных вмешательств, включающих первичную лапароскопию с санацией и дренированием брюшной полости, а также, в последствии, вскрытие и дренирование абсцессов и флегмон, составило 2, у одного пациента – 4. Таким образом, у пациентов с изначально стерильным панкреонекрозом происходило его инфицирование и формирование следующих осложнений: забрюшинная параколическая флегмона 58% (4 пациента), абсцессы паранефральной и параколической клетчатки слева, асцит и реактивный плеврит слева 14% (1), абсцесс парапанкреатической клетчатки 28% (2). Среднее время наступления осложнений у таких пациентов, через которое выполнялись повторные оперативные вмешательства, составляет 11 суток. У 57% больных в результате бактериологического исследования был высеян микроорганизм *Klebsiella*

Pneumoniae. У остальных 3 (43%) пациентов, по данным бактериологического исследования, роста микрофлоры получено не было, несмотря на клинические проявления инфицирования.

Группа С. Все пациенты поступили со смешанным панкреонекрозом и разлитым серозно-геморрагическим перитонитом, которые были госпитализированы в течение первых суток после появления клинических симптомов. Всем пациентам в течение суток была проведена операция: лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости. У всех пациентов из этой группы смерть наступила на 10-15-е сутки пребывания в стационаре, в результате септических осложнений, а именно развилась забрюшинная флегмона.

Летальность вследствие септических осложнений при панкреонекрозе составила – 12%.

Выводы:

1) При выполнении малоинвазивных вмешательств частота инфицирования панкреонекроза остается на высоких цифрах (58%).

2) В стадии стерильного панкреонекроза операции должны выполняться малоинвазивными методиками по строгим показаниям:

а) инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит;

б) стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, сохраняющиеся симптомы системной воспалительной реакции независимо от факта инфицирования при проведении компетентной базисной консервативной терапии.

3) С помощью бактериологического метода исследования не всегда возможно идентифицировать возбудителя инфицированного панкреонекроза.

Таким образом, инфицированный панкреонекроз – современная и актуальная проблема на сегодняшний день, и малоинвазивной хирургии предстоит дальше искать решение этой проблемы.

Литература:

1. Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы М.: Медицинское информационное агентство, 2008 – С.235–237.