

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ТРАНСГАСТРАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ПАНКРЕАТИТЕ

Белорусец В.Н.

Брестская областная клиническая больница, Брест, Беларусь

В настоящее время оптимальным алгоритмом хирургического лечения осложненного некротизирующего панкреатита является поэтапный подход с использованием постепенно увеличивающихся уровней инвазивных методов от низкого до максимального. Открытая хирургическая некрэктомия с повторными лапаротомиями считается последним выбором, когда другие варианты лечения оказались неэффективными. Для лечения инфицированного панкреонекроза доступен широкий спектр различных минимально инвазивных методов. Ключевым моментом успеха является применение наиболее подходящего метода для каждого пациента. Окончательный выбор зависит от многочисленных факторов, состоящих из опыта и технической оснащенности стационара, вариантов течения заболевания, состояния пациента и результатов оценки рисков, а также в зависимости от локализации некроза. В современной литературе стандартом операции первого этапа при инфицированном панкреонекрозе считается чрескожное пункционное дренирование. Эффективность метода подтверждена многочисленными исследованиями и длительным периодом широкого применения. Эндоскопическое трансгастральное дренирование через заднюю стенку желудка или двенадцатиперстной кишки под ультразвуковым контролем с последующей эндоскопической некрэктомией применяется при остром некротизирующем панкреатите значительно реже. Отсутствуют четко сформулированные показания, не определены оптимальные сроки операции.

Цель: Оценить эффективность эндоскопического трансгастрального дренирования при остром некротизирующем панкреатите.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 20 пациентов с острым некротизирующим панкреатитом, находившихся на лечении в УЗ «Брестская областная клиническая больница» за период с 2016 по 2023 год, которым выполнено эндоскопическое трансгастральное дренирование парапанкреатических гнойно-некротических очагов. Крупноочаговый панкреонекроз подтвержден у всех пациентов ультразвуковым исследованием и контраст-усиленной рентгенкомпьютерной томографией. В исследуемую группу вошло 10 мужчин и 10 женщин. Средний возраст пациентов составил 62,9 лет (от 39 до 82 лет). Показанием к хирургическому лечению у 7 пациентов (35%) явилось сдавление желудка или 12 перстной кишки парапанкреатическим жидкостным образованием с

нарушением эвакуации из желудка и невозможностью энтерального питания. У 13 пациентов (65%) показания к хирургическому лечению установлены в связи с доказанным инфицированием панкреонекроза и нарастанием системного воспалительного ответа. В сроке до 2 недель от начала заболевания оперированы 2 пациента (10%), от 2 до 4 недель – 9 (45%), позднее 4 недель – 9 пациентов (45%). Все операции проведены в условиях эндоскопической операционной под эндотрахеальным наркозом. Первые две операции выполнялись под визуальным контролем, в дальнейшем с применением эндоультрасонографии. Эндоскоп: Olympus TJF-ASTERA 150; Видеосистема: Olympus EVIS EXTRA III+EU ME2. При помощи пункционной иглы 19G под ультразвуковым контролем выполнялась пункция прилежащего к желудку или 12 перстной кишке жидкостного образования. По струне-проводнику проводился баллонный дилататор. Формировалось соустье, достаточного диаметра для проведения эндоскопа с целью ревизии гнойно-некротической полости. Эндоскопическое удаление секвестров произведено у 6 пациентов (30%). Для чего потребовалось от двух до четырех этапных санаций. Ревизия гнойно-некротической полости, аспирация жидкостного компонента с последующей установкой пластиковых стентов выполнена у 12(60%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Эндоскопическое трансгастральное дренирование явилось окончательной операцией у 10 (50%) пациентов. У 9 (45%) пациентов в последующем потребовались хирургические операции открытого типа. Лапаротомия выполнена у 6(30%) пациентов, дополненная в двух случаях левосторонней люмботомией и в одном случае петлевой илеостомией. Двум пациентам (10%) потребовалось вскрытие абсцессов околоободочного клетчаточного пространства внебрюшинным доступом по Пирогову. У одного пациента (5%) возникла необходимость в дополнительном чрескожном дренировании под ультразвуковым контролем. Основной причиной открытых операций явился обширный перипанкреатический некроз с распространением на околоободочные клетчаточные пространства с формированием массивных секвестров, удаление которых невозможно выполнить эндоскопическим инструментарием. В двух случаях вынужденные лапаротомии были обусловлены осложнениями: интенсивным кровотечением в забрюшинное пространство из поджелудочно-двенадцатиперстной артерии и перитонитом, вызванным деструкцией селезеночного угла поперечно-ободочной кишки. Среди осложнений хирургического характера наряду с уже упомянутым кровотечением и перфорацией толстой кишки, следует отметить эвентрацию кишечника у одного из оперированных лапаротомным доступом пациентов. Также в послеоперационном периоде отмечены: обширная эмфизема забрюшинной и медиастинальной клетчатки у одного пациента; массивная ТЭЛА в двух случаях; клиническая смерть с успешной реанимацией; ОНМК; крупноочаговый инфаркт миокарда по 1 случаю. У одного пациента

заболевание протекало на фоне присоединившейся коронавирусной инфекции.

Выздоровело 16 пациентов. Умерло 4. Летальность составила 20%. Причиной смерти явились массивная ТЭЛА в сочетании с ОНМК (1 пациент в возрасте 71 года), тяжелая форма коронавирусной инфекции (1 пациент в возрасте 73 лет) перитонит, вызванный деструкцией толстой кишки (1 пациент в возрасте 51 года) и развившийся в послеоперационном периоде инфаркт миокарда у 1 пациента 54 лет.

Выводы.

1. Эндоскопическое трансгастральное дренирование при остром некротизирующем панкреатите является высокоэффективной малотравматичной санирующей операцией, что имеет особое значение у пациентов с высоким операционным риском.

2. Безусловным преимуществом метода является возможность многократных санаций через один доступ, а также тот факт, что гнойно-некротическая парапанкреатическая полость сохраняется изолированной от брюшной полости и не вовлеченных в патологический процесс забрюшинных клетчаточных пространств.

3. При необходимости эндоскопическое трансгастральное дренирование может выполняться одновременно или последовательно с другими малоинвазивными вмешательствами такими как чрескожное дренирование.

4. **К недостаткам метода следует отнести зависимость от локализации некроза.**

Обязательным условием выполнения эндоскопического трансгастрального дренирования является прилегание жидкостного образования вплотную к стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. Максимальная эффективность операции при преимущественно жидких скоплениях с небольшим секвестральным компонентом.

5. Несмотря на ограниченные возможности эндоскопического удаления массивных секвестров, трансгастральное дренирование может быть с успехом применено в качестве операции первого этапа.