

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПАНКРЕНЕКРОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ

*Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Храновский Д.Г., Катков С.А.,
Антропов И.В., Кашкаров В.А., Смаль Н.В.*

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Самара, Российская Федерация*

Введение. При панкреатите тяжелого течения при распространении парапанкреатической флегмоны на забрюшинную клетчатку и брыжейку поперечно-ободочной кишки, по правому и левому боковым каналам достигает более 90% (Затевахин И.И. с соавт., 2007). Причинами такой высокой летальности являются грубые морфологические изменения не только в поджелудочной железе (ПЖ), но и в жировой клетчатке забрюшинного пространства в виде геморрагического пропитывания тканей, очагов жирового некроза с фибринозно-лейкоцитарной и гнойной инфильтрацией, лежащие в основе тяжелой полиорганной недостаточности. Такие изменения описываются в исследованиях многочисленных авторов (Авижец Ю.Н. с соавт., 2014; Майоров В.М. с соавт., 2014; Становенко В.В. с соавт., 2014). Если в целом результаты лечения больных с острым панкреатитом улучшаются, то при тяжелых осложнениях панкреонекроза такой тенденции не наблюдается из-за нерешенных вопросов тактики и объема выполняемых оперативных вмешательств, направленных на снижение летальности.

Цель. Обоснование выбора объема операции у больных при панкреонекрозе в зависимости от патоморфологических изменений, обусловленных распространенностью парапанкреатической флегмоны.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 88 пациентов с острым панкреатитом тяжёлого течения. Мужчин было 49 (55,7 %), женщин – 39 (44,3 %). Средний возраст составил 57,5 лет. Из общего числа больных билиарный панкреатит был – у 45 (51,1 %), алиментарный – у 31 (35,2 %), посттравматический – у 9 (10,2 %), послеродовой – у 3 (3,4 %).

При лечении пациентов придерживались тактики, исходя из стадии острого панкреатита (ОП). В стадию панкреатогенного шока, при отсутствии клинической картины других хирургических заболеваний, больных не оперировали. В стадию панкреатогенной токсемии оперативные вмешательства были направлены на удаление и дренирование жидкостных скоплений в брюшной полости, в малом сальнике и забрюшинном пространстве лапароскопическим способом либо поясничным доступом по Н.И. Пирогову. В стадию панкреатогенного инфильтрата по показаниям выполняли лапаротомию, ревизию брюшной полости, резекцию большого сальника, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинного пространства. Операцию завершали формированием

лапаростомы. В стадию гнойных осложнений проводили проточное промывание через дренажи, установленные в зоне поджелудочной железы, этапную некрэктомию. При эффективности выполняли релапаротомию, дополнительно дренировали сальниковую сумку, брюшную полость и забрюшинное пространство. На участках полной демаркации зоны некроза и секвестрации поджелудочной железы выполняли некрэктомию, операцию завершали формированием лапаростомой.

При парапанкреатической флегмоне, которая распространялась на брыжейку ободочной кишки, по правому и левому боковым каналам выполняли: удаление секвестров из ПЖ; при распространении флегмоны по левому боковому каналу резецировали участок толстой кишки с выведением концевой колостомы; при распространении флегмоны на брыжейку ободочной кишки, по правому и левому боковым каналам - субтотальную колэктомию с выведением концевой илеостомы. Операции завершали сквозным дренированием зоны измененной поджелудочной железы трубками, которое прикрывали дренажами из перчаточной резины или полиэтиленовой пленкой.

Морфологические исследования. Объектами исследования были участки стенок ободочной кишки, удаленных у пациентов с панкреонекрозом, а также умерших больных. Материал фиксировали в 10% растворе формалина и после проводки его в спиртах, заливали в парафин и изготавливали серийные срезы толщиной 5-10 мкм. Препараты окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон. Гистологические препараты изучали с помощью светового микроскопа Nikon Alphaphot 2 (Япония, дистрибьютер ООО «Никон» Москва, Россия) и компьютерной системы визуализации «Видеотест-морфо», версия 3.0 (Санкт-Петербург, Россия).

Результаты и обсуждение. У 88 больных с острым панкреатитом тяжелого течения было выполнено 218 операций. В стадию панкреатогенной токсемии оперировано 36 (40,91%), умерло 13 (36,11%); в стадию панкреатогенного инфильтрата - 3 (3,41%), умер 1 (33,33%); гнойных осложнений - 49 (55,68%), умерло 20 (40,81%) пациентов. Парапанкреатическую флегмону с распространением на забрюшинное пространство по правому и левому боковым каналам и на брыжейку ободочной кишки наблюдали у 29 (32,95%) больных; частичная резекция с выведением проксимальной колостомы выполнена у 9, умерло – 8 (88,9%); субтотальная колэктомия с выведением илеостомы - 10, умерло – 6 (60%) больных.

Морфологические исследования ободочной кишки у пациентов с панкреонекрозом и осложнении парапанкреатической флегмоной, показали, что они носили мозаичный характер. В области печеночного изгиба в слизистой оболочке определялся выраженный отек, лейкоцитарная инфильтрация, кровоизлияния в подслизистой оболочке. В серозной оболочке воспалительная инфильтрация, кровоизлияния, фибриновые наложения на ее поверхности. На отдельных участках на фоне отека и лейкоцитарной

инфильтрации определяется некроз слизистой, отек стромы, лейкоцитарная инфильтрация мышечной и серозной оболочек. На других участках на фоне аналогичных изменений слизистой определяются гиперплазированные фолликулы, полинуклеарная инфильтрация мышечной оболочки, отек и дистрофические изменения интрамурального нервного аппарата. На серозной оболочке определяется незрелая грануляционная ткань, покрытая фибринозным экссудатом. В брыжейке ободочной кишки определяется выраженный отек, кровоизлияния, тромбированные венозные и артериальные сосуды разного диаметра. В селезеночном изгибе ободочной кишки определяется выраженная лейкоцитарная инфильтрация и некроз слизистой и мышечной оболочек с полинуклеарной инфильтрацией и массивными кровоизлияниями, распространяющиеся на серозную оболочку, покрытую густым фибринозным экссудатом на поверхности. В брыжейке определяется стеатонекроз и гнойное воспаление. На фоне таких изменений в стенке кишки сформировался толстокишечный свищ, что является показанием для выполнения субтотальной ее резекции, что не отражено в принятых клинических рекомендациях. По мнению Ю.Н. Авижец с соавт. (2014), проблема лечения парапанкреатита незаслуженно «остается в тени» при обсуждении тактических лечебных решений. Выявленные морфологические изменения в ободочной кишке при панкреонекрозе показывают, что купировать распространенную парапанкреатическую флегмону можно только путем удаления ободочной кишки.

Выводы. При парапанкреатической флегмоне с распространением на брыжейку мезоколон широкое дренирование забрюшинного пространства и субтотальная колэктомия с выведением концевой илеостомы по сравнению с частичной резекцией ободочной кишки и выведением проксимальной колостомы позволяет снизить летальность с 88,9 до 60%.