

МЕТОД ДРЕНИРОВАНИЯ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Мазаник А.В., Блахов Н.Ю., Чуманевич О.А., Мурашко Ю.А., Пацай Д.И.,
Трухан А.П.*

*Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный
клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. До настоящего времени не сформулированы четкие и однозначные показания к оперативному лечению острых жидкостных скоплений, осложняющих течение острого панкреатита (ОП), не определены оптимальные сроки, метод, доступ и объем вмешательства.

Цель. Обосновать клиническую целесообразность активной хирургической тактики в результате выполнения лапароскопического дренирования сальниковой сумки в комплексном лечении тяжелого ОП, осложненного ферментативным оментобурситом.

Материал и методы. Диагностику и лечение ОП проводили в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях».

Выделяли отечный (интерстициальный) и некротический панкреатит, по степени тяжести – легкий и тяжелый. Для объективной оценки тяжести состояния пациентов применяли шкалу АРАСНЕ II. Пациенты, тяжесть состояния которых соответствовала 8 и более баллам, лечились в отделении анестезиологии и реанимации (ОАР), остальные – в общехирургическом отделении.

Представлены результаты лечения 43 пациентов с первым приступом ОП при тяжести состояния на момент поступления по шкале АРАСНЕ II ≥ 8 баллов и наличии жидкости в сальниковой сумке по данным динамического инструментального обследования.

Начальное лечение тяжелого (некротического) ОП проводили в объеме многокомпонентной (гемодинамическая, реологическая, антисекреторная, антиферментная, антиоксидантная, антигипоксическая, антибактериальная, иммунокорректирующая, нутритивная) интенсивной терапии в сочетании с методами экстракорпоральной детоксикации (биоспецифическая гемосорбция на антипротеазном сорбенте «Овосорб», плазмаферез, мультифильтрация). По показаниям интенсивную терапию дополняли лечебно-диагностической лапароскопией (ЛДЛ) и/или малоинвазивным дренирующим вмешательством.

ЛДЛ выполняли пациентам с перитонеальным синдромом для дифференциальной диагностики ОП с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, при наличии жидкости в сальниковой сумке и/или свободной жидкости в брюшной полости по данным ультразвукового исследования (УЗИ) при установленном диагнозе «острый

панкреатит» для санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости.

Показания к дренированию сальниковой сумки определяли в случаях увеличения объема жидкости в ней по данным динамического инструментального обследования, что сопровождалось стойким болевым синдромом, постоянной рвотой, нарастанием эндогенной интоксикации, сохраняющейся или вновь развивающейся органной недостаточностью, несмотря на интенсивную консервативную терапию.

До 2018 г. лапароскопическое дренирование сальниковой сумки осуществляли путем установки однопросветного ПХВ дренажа для пассивного оттока к месту наибольшего скопления жидкости (по данным УЗИ/компьютерной томографии) (группа сравнения – 23 пациента), с 2018 г. – разработанным нами методом (патент Республики Беларусь № 22897 от 26.12.2019 г. – «Способ дренирования сальниковой сумки при некротическом панкреатите») (основная группа – 20 пациентов). Лапароскопию выполняли по стандартной методике. Под видеоконтролем в брюшную полость вводили троакары для манипуляторов: в правой и левой боковых областях живота по передней подмышечной линии – троакары диаметром 12 мм, в эпигастральной области по средней линии живота на 2 см ниже мечевидного отростка – троакар диаметром 5 мм. Желудочно-ободочную связку натягивали путем оттеснения книзу большого сальника манипулятором, введенным через правый троакар, и подтягивания кверху желудка манипулятором, введенным через срединный троакар. Сальниковую сумку вскрывали путем рассечения желудочно-ободочной связки в бессосудистой области на 1 см дистальнее большой кривизны желудка на протяжении 3-5 см ультразвуковым диссектором, введенным через левый троакар. В сальниковую сумку устанавливали два перекрещивающихся в ее полости трехканальных силиконовых дренажа диаметром 10-11 мм. Для этого первый дренаж вводили в брюшную полость через троакар в левой боковой области живота и через сформированное «окно» в желудочно-ободочной связке – в сальниковую сумку в направлении к головке поджелудочной железы. Вторым дренаж вводили в брюшную полость через троакар в правой боковой области живота и через сформированное «окно» в желудочно-ободочной связке – в сальниковую сумку в направлении к хвосту поджелудочной железы. Дренажи фиксировали к коже. Подпеченочное пространство (к Винслову отверстию) и полость малого таза дополнительно дренировали трехпросветными полихлорвиниловыми дренажными трубками, выведенными через контрапертуры, соответственно, в правой боковой области живота и левой подвздошной области. В послеоперационном периоде проводили проточно-аспирационное дренирование до полной санации полости сальниковой сумки.

Результаты. Среди 43 пациентов, включенных в исследование, мужчин было 37 (86%), женщин – 6 (14%). Средний возраст пациентов составил 52,3 (38,9-67,5) года.

При сопоставлении сравниваемых групп по доклиническим характеристикам (демографическим признакам, срокам от начала заболевания, этиологическим факторам, частоте и характеру сопутствующей патологии, индексу массы тела) статистически значимых различий не выявлено.

При поступлении в 39 (90,7%) случаях выявлены признаки синдрома системного воспалительного ответа, в 42 (97,7%) – органной недостаточности. Состояние всех пациентов расценено как тяжелое (балл APACHE II – 10 (9-13), С-реактивный белок – 103,9 (45,2-129,2) мг/л), что служило основанием для их госпитализации в ОАР.

Сопоставление сравниваемых групп по клинико-лабораторным показателями исходного состояния пациентов значимых различий не выявило.

Жидкостные скопления в сальниковой сумке по данным инструментальных методов обследования выявляли со 2-х суток от начала заболевания, при этом исходный объем жидкости составил 80 (60-120) мл. На фоне проводимой интенсивной терапии в 12 (27,9%) случаях (в группе сравнения – в 7 (30,4%), в основной группе – в 5 (25%)) отмечены стабилизация или некоторое уменьшение объема жидкостных скоплений. В 31 (72,1%) случае по данным динамического инструментального обследования выявлено увеличение объема жидкости в сальниковой сумке до 200 (160-300) мл на момент установления показаний к инвазивному вмешательству в среднем на 3 (2-4) сутки госпитализации (на 5 (4-6,5) сутки от начала заболевания). Перечисленные показатели в сравниваемых группах значимо не различались.

Включение в комплексное лечение тяжелого (некротического) ОП, осложненного ферментативным оментобурситом, лапароскопического дренирования сальниковой сумки разработанным нами методом привело к уменьшению частоты инфицирования жидкостных скоплений в сальниковой сумке и, соответственно, нуждемости в прямых хирургических вмешательствах в этапном режиме в 2,6 раза, к значимому уменьшению нуждемости в прямых хирургических вмешательствах в вынужденном режиме ($p = 0,049$), к значимому сокращению койко/дня в ОАР как общего ($p = 0,034$), так и среди выписанных пациентов ($p = 0,025$), к существенному сокращению общего койко/дня среди выписанных пациентов ($p = 0,047$) и к значимому уменьшению уровня летальности ($p = 0,029$).

Выводы. Эффективность комплексного лечения тяжелого ОП, осложненного ферментативным оментобурситом, с выполнением лапароскопического дренирования сальниковой сумки предложенным нами методом определяется значимым уменьшением нуждемости в прямых хирургических вмешательствах в вынужденном режиме ($p = 0,049$) и уровня летальности ($p = 0,029$), что обосновывает клиническую целесообразность активной хирургической тактики при данной патологии.

Достоинством разработанного метода является возможность малоинвазивно и безопасно, за счет применения лапароскопии, осуществлять адекватное проточно-аспирационное дренирование сальниковой сумки, что предупреждает прогрессирование эндогенной интоксикации и некротического

повреждения поджелудочной железы, распространение токсической панкреатической жидкости на соседние отделы брюшинной клетчатки и развитие брюшинной флегмоны, повышая эффективность лечения некротического панкреатита в ферментативной фазе заболевания.