

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФЕРМЕНТАТИВНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Семёнов С.А., Масюкевич А.И., Колешко С.В., Плющаница А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, РБ

УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»

SURGICAL TREATMENT OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS COMPLICATED BY ENZYMATIC PERITONITIS

Semenov S.A., Maskevich A.I., Koleshko S.V., Plushanitsa A.V.

Educational Institution "Grodno State Medical University" Grodno, RB

UZ "City Clinical Hospital No. 4 of Grodno"

Введение. В последнее десятилетие наблюдается неуклонный рост числа пациентов с острым панкреатитом (ОП) и его деструктивными формами. Несмотря на применение комплекса современной интенсивной терапии, летальность при деструктивном ОП остается достаточно высокой – на уровне 15–45%. При этом у 75–95% больных с деструктивными формами ОП в ранние сроки заболевания выявляется ферментативный перитонит (ФП), который осложняет течение заболевания.

Возникновение ферментативного перитонита манифестирует выраженным синдромом эндогенной интоксикации и обуславливает неблагоприятный прогноз основного заболевания. Хотя существует широкий спектр диагностических возможностей, до настоящего времени отсутствует единый алгоритм дооперационной дифференциальной диагностики стерильного и инфицированного некроза поджелудочной железы, в связи с чем нередко выполняются ошибочные хирургические вмешательства при асептическом воспалительном процессе в брюшинном пространстве, увеличивающие частоту гнойных осложнений. Определенный прогресс в лечении ФП, наметился в связи с внедрением эндовидеохирургии и других малоинвазивных методик в лечение данной патологии. Однако на сегодняшний день не разработаны и не внедрены единые показания к таким вмешательствам, не дана оценка их эффективности по сравнению с традиционными подходами в зависимости от этиопатогенетических особенностей ферментативного перитонита, не выяснены до конца причины недостаточной эффективности последних в терапии деструктивных форм острого панкреатита.

Отсутствие четкого алгоритма дифференциальной диагностики, а также исследований, патогенетически обосновывающих тактику лечения панкреатогенного перитонита с учетом его форм и проявлений эндогенной интоксикации, а главное – высокая летальность при ОП – все это является причиной постоянного внимания специалистов к данному разделу хирургии и обуславливает актуальность проблемы на сегодняшний день.

Цель. Провести ретроспективный анализ результатов лечения оперированных пациентов с острым панкреатитом, осложненного

ферментативным перитонитом. Определить какие методики хирургического пособия наиболее эффективны и позволяют добиться наилучших результатов лечения пациентов с данной патологией.

Материалы и методы. Материалами для данного исследования послужили истории болезни 40 пациентов с острым панкреонекрозом за период с 2019 по сентябрь 2024 года, которые находились на лечении в УЗ ГKB №4 г. Гродно. Все пациенты поступали в клинику по экстренным показаниям в тяжёлом состоянии. Средний возраст пациентов составлял от 30–80 лет. Мужчин – 37 (92,5%), женщин – 3 (7,5%). Все женщины были старше 60 лет. Из анамнеза все пациенты накануне употребляли алкоголь с обильным приёмом жирной пищи накануне.

Результаты и обсуждение. Все пациенты поступали в клинику по неотложным показаниям с классической клиникой панкреатита: тошнотой и рвотой, болями в эпигастрии и левом подреберье, которые у 20 больных носили опоясывающий характер, общей слабости, повышение температуры тела. 30(75%) пациентов изначально госпитализировались в общехирургический стационар, а 10(25%) сразу же в отделение реанимации, что обусловлено тяжестью состояния и сопутствующей патологией.

При поступлении всем пациентам выполнялся стандартный комплекс диагностических исследований, который включал в себя ультразвуковое исследование органов брюшной полости, оценка общего и биохимического анализов крови, гемостазиограммы, общего анализа мочи, ФГДС и рентгенография органов брюшной полости. По показаниям пациентам выполнялась компьютерная томография или магниторезонансная томография брюшной полости.

В общем анализе крови у всех пациентов при поступлении отмечался лейкоцитоз $18 \times 10^9/\text{л}$, максимальный уровень лейкоцитоза достигал $33 \times 10^9/\text{л}$. В биохимическом анализе крови выявлялось повышение амилазы, максимально до 1000 ЕД/л, повышение печёночных ферментов и рост мочевины и креатинина. Остальные показатели крови при поступлении были в пределах нормальных значений. При УЗИ органов брюшной полости у 10 пациентов отмечалось скопление жидкости в проекции сальниковой сумки, увеличение размеров поджелудочной железы, снижение её эхогенности, неровность контуров. У 3 из этих пациентов так же по УЗИ описывали увеличения желчного пузыря, утолщение его стенок и наличие конкрементов размерами до 10–20 мм. С целью дообследования 10 пациентам при поступлении в экстренном порядке выполнялась КТ или МРТ органов брюшной полости. При данных исследованиях у пациентов отмечались признаки тотального панкреонекроза и парапанкреатита с поражением ткани поджелудочной железы до 70%–5 пациентов. Повышение амилазы в моче отмечалось у всех пациентов.

Все пациенты получали полный объём консервативной терапии, который включал в себя: инфузионную терапию, спазмолитики, ингибиторы желудочной секреции, антибиотикотерапию, ингибиторы ферментов

поджелудочной железы, голод. Однако ввиду отрицательной динамики по лабораторным и клиническим данным все пациенты подлежали подвергнуты повторному УЗИ или КТ обследованию. При этом у 30(75%) пациентов выявлено появление скопления жидкости в брюшной полости до 3-4 литров. У 4 больных из них имелась выраженная инфильтрация забрюшинной, парапанкреатической клетчатки, по обоим боковым каналам, в паранефрии. 30 пациентам выполнялись малоинвазивные вмешательства в объёме лапароскопической санации и дренировании брюшной полости с перитонеотомией. Последняя выполнялась широким рассечением брюшины и разведением её в обе стороны по переходной складке задних боковых стенок живота. Чем длиннее удаётся произвести разрез, тем эффективнее будет опорожнение забрюшинной клетчатки от жидкостного компонента. Применение такой методики хирургического пособия позволяет снизить компрессию, улучшить отток выпота со стороны забрюшинного пространства и создать оптимальные условия для дренирования брюшной полости. Следует отметить, что операции выполнялись на 2–3 сутки от момента поступления. У 3(10%) пациентов интраоперационно наблюдалось увеличение желчного пузыря, его отёк и утолщение стенок, поэтому с целью декомпрессии желчных путей им выполнялось наложение разгрузочной холецистостомы. Как считает ряд авторов наложение разгрузочной холецистостомы улучшает течение деструктивных форм панкреатита. У 13 пациентов во время операции отмечались множественные очаги стеатонероза по большому сальнику и по париетальной брюшине.

В послеоперационном периоде у 20 (50%) пациентов была положительная динамика, отмечалась стабилизацией показателей общего и биохимического анализов крови, снижение уровня лейкоцитов и амилазы, улучшение общего самочувствия пациентов. У 10 пациентов в послеоперационном периоде отмечалось нарастание лейкоцитоза, повышение температуры тела до 38 градусов. В связи с этим 10 пациентов подлежало повторному оперативному лечению в объёме лапаротомии, некрсеквестэктомия и оментобурсостомии, санации и дренировании брюшной полости. У 5 (50%) из этих пациентов послеоперационный период протекал без особенностей. 5 (50%) пациентов скончались, ввиду тяжелой сопутствующей патологии, которая включала в себя цирроз печени, ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, ожирение. Возраст умерших пациентов от 70–80 лет. Летальность составила 12,5%.

Выводы. На современном этапе обладая полным спектром общеклинических методов диагностики и лечения, деструктивные формы панкреатита, осложненного ферментативным перитонитом, являются наиболее тяжелой патологией в хирургическом стационаре. Однако применение полного комплекса консервативной терапии со своевременным применением малоинвазивных методик дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства позволяют добиться у большинства пациентов положительных результатов лечения, улучшить прогноз и снизить

летальность у пациентов с деструктивными формами панкреатита, осложненного ферментативным перитонитом. Однако в 25% случаев малоинвазивные методы оперативного лечения оказываются неэффективными, поэтому их приходится оперировать “открытым” методом.