

### **Материал и методы исследования**

У 132 пациентов ОДП были выполнены МИТ (различные модификации пункционных и дренирующих манипуляций под наведением УЗИ). В 1-ю группу вошли пациенты, которым была выполнена только лечебно-диагностическая видеоассистированная лапароскопия (ЛДЛ). 2-ю группу составили пациенты, которым наряду с ЛДЛ выполняли различные МИТ. В 3-ю группу вошли пациенты, оперированные по поводу гнойных осложнений ОДП на этапе септической секвестрации гнойно-некротического парапанкреатита.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнены у 36 пациентов как окончательный метод лечения. При микробиологическом исследовании роста микрофлоры выявлено не было. Индекс Glasgow — Imrie при поступлении составил  $1,67 \pm 0,12$ , в течение первых двух дней послеоперационного периода получена достоверная ( $p < 0,05$ ) депрессия этого показателя.

Вторую группу составили 44 пациента. При этом первично поступившие составили 27,3 %, а остальные были переведены из районных ЦРБ, в связи с осложненным течением заболевания. Тяжесть состояния при поступлении объективно отличалась от пациентов 1 группы, что свидетельствовало о большем масштабе поражения поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. Одновременный объем удаленного выпота колебался от 130 до 1600 мл с высоким уровнем амилазы. Дренажи извлекались после исчезновения отделяемого.

В третью группу вошли пациенты с гнойно-некротическими осложнениями ОДП. При поступлении балл тяжести по Glasgow — Imrie достоверно превышал таковой показатель пациентов 1 и 2 группы. В ходе оперативного вмешательства у пациентов, ранее перенесших малоинвазивные вмешательства, в обязательном порядке уточняли локализацию проведенных дренажных конструкций. Дренажная функция была эффективна в отношении лишь жидкостного компонента парапанкреатита. Неокончательным пункционно-дренирующее лечение оказалось у больных с многокамерными жидкостными образованиями, имевшими множество внутренних перегородок, делавших невозможным их адекватную санацию и дренирование через тонкопросветные дренажи.

### **Выводы**

1. На первой неделе заболевания жидкостной компонент парапанкреатита проявляется диффузным пропитыванием девитализированных тканей геморрагическим экссудатом. При наличии высокой ферментативной активности выпота в сочетании с незавершенным процессом секвестрации и демаркации формирование жидкостных парапанкреатических скоплений, доступных интервенции под контролем УЗИ, представляется маловероятным.

2. Применение МИТ в этой стадии заболевания как окончательного метода лечения, ввиду их ограниченной эффективности применительно к тканевому компоненту распространенного парапанкреатита представляется малоэффективным. Наиболее эффективны эти вмешательства при интраабдоминальной экссудации и наличии сформированных парапанкреатических скоплений жидкости при отсутствии распространенной септической секвестрации забрюшинной клетчатки.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Therapeutic intervention and surgery of acute pancreatitis / H. Amano [et al.] // J Hepatobiliary Pancreat Sci. — 2010. — Vol. 17, № 1. — С. 53–59.
2. Brun, A. Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis / A. Brun, N. Agarwal, C. S. Pitchumoni // J Clin Gastroenterol. — 2011. — Vol. 45, № 7. — С. 614–625.
3. Interventional and surgical management of abdominal compartment syndrome in severe acute pancreatitis / Z. Dambrauskas [et al.] // Medicina. Kaunas. — 2010. — Vol. 46, № 4. — С. 249–255.
4. Ct-Guided Percutaneous Catheter Drainage of Acute necrotizing Pancreatitis: Clinical experience and observations in Patients with sterile and infected necrosis / K. J. Morteale [et al.] // Am J Roentgenol. — 2009. — Vol. 192, № 1. — С. 110–116.

**УДК 616.37-002-002.3-089**

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НА ЭТАПАХ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Майоров В. М.<sup>1</sup>, Свистунов С. В.<sup>2</sup>, Мельникова Н. П.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**<sup>2</sup>Учреждение**

**«Гомельская областная клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Острый панкреатит в течении последних нескольких лет стабильно занимает второе, а по некоторым регионам — первое место в структуре неотложной хирургической патологии, опережая острый аппенди-

цит и острый холецистит. Наиболее часто причиной заболевания является злоупотребление алкоголем и желчнокаменная болезнь, у 10–30 % больных этиология острого панкреатита остается не выясненной. При значительной вариабельности цифр (5–85 %) общей летальности от этого заболевания уровень диагностики и тактики лечения далек от совершенства. В 10–14 % случаев развитие острого панкреатита носит деструктивный характер, из них в 40–70 % случаев происходит инфицирование очагов некротической деструкции [1, 2, 3]. Без учета долевого числа панкреонекрозов нельзя говорить о прогрессе или об ухудшении результатов лечения, основываясь лишь на значении показателя его общей летальности.

С другой стороны, нерешенной проблемой продолжает оставаться парапанкреатит, выступающий в качестве самостоятельного источника интоксикации и причины летальных исходов при развитии у пациентов гнойно-септических осложнений. При этом максимально раннее лечебное воздействие на поджелудочную железу при остром деструктивном панкреатите (ОДП) не гарантирует от летального исхода от парапанкреатита, и такая формулировка проблемы означает безусловную актуальность патологических процессов в парапанкреатическом пространстве независимо от их давности и локализации [3, 4, 5].

### **Цель**

Изучить возможности применения малоинвазивных методов при лечении гнойно-септических осложнений ОДП.

### **Материал и методы исследования**

Представлен материал, основанный на анализе 87 случаев лечения больных с гнойно-септическими осложнениями ОДП с использованием малоинвазивных технологий под сонографическим контролем в сочетании с традиционными хирургическими методами. Из них мужчин 64 (73,6 %), женщин — 23 (26,4 %). В результате обследования больные были распределены следующим образом: 1-я группа — пациенты с ферментативным оментобурситом; 2-я группа — нагноившаяся киста парапанкреатической клетчатки; 3-я группа — забрюшинная флегмона. В зависимости от показаний на фоне общеукрепляющего и симптоматического лечения применялся пункционно-дренажный, лапароскопический, традиционный хирургический методы лечения.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При оментобурситах полное излечение без дополнительных хирургических вмешательств наступило у 24 (72,7 %) человек. Группу больных с отрицательным результатом составили 5 человек. Всем пятерым больным произведены лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки. Одна больная после оперативного лечения скончалась через сутки на фоне полиорганной недостаточности. Наиболее эффективное применение малоинвазивных технологий было отмечено при лечении нагноившихся кист парапанкреатической клетчатки. У всех 30 пациентов излечение произошло без дополнительных хирургических вмешательств, что связано с наличием сформированной, плотной капсулы, ограничивающей гнойное содержимое от брюшной полости. Наиболее тяжелым осложнением ОДП является флегмона забрюшинной клетчатки (ФЗК). Основным источником инфицирования зон забрюшинного некроза служит кишечник, основные пути инфицирования — лимфо- и гематогенный, а основной механизм инфицирования заключается в транслокации бактерий через кишечную стенку. В результате проводимого лечения улучшение состояния наступило у всех 24 больных, однако полное излечение наступило у 10 (41,7 %) человек, у 5 (20,8 %) пациентов наступила стойкая стабилизация процесса, характеризующаяся уменьшением явлений интоксикации, нормализацией температурной реакции на уровне субфебрильных цифр, что позволило в последующем произвести операцию по удалению секвестров в благоприятных условиях. У 9 (37,5 %) пациентов после кратковременного улучшения на фоне проведенного малоинвазивного вмешательства вновь наступило ухудшение состояния, вследствие чего им были выполнены лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки. Несмотря на все усилия, у двух пациентов состояние продолжало прогрессивно ухудшаться, что привело к летальному исходу.

### **Выводы**

Малоинвазивные хирургические методики служат методом выбора при ограниченных панкреатогенных гнойниках с преобладающим жидкостным компонентом и отсутствии крупных секвестральных полостей. При распространенной сливной забрюшинной флегмоне проблема ценность малоинвазивной санации становится зависимой не только от количественного, но и от качественного критерия, а именно удельного веса жидкого гноя и секвестров в гнойно-некротической полости.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Афанасьев, А. Н.* Оценка результатов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита / А. Н. Афанасьев, А. В. Кириллин, А. Б. Шалыгин // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии.* — 2010. — № 4 (3). — С. 308–316.
2. *Багненко, С. Ф.* Особенности лечебной тактики при остром билиарном панкреатите // С. Ф. Багненко, В. Р. Гольцов, М. Ю. Кабанов // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2009. — № 1. — С. 14–24.
3. *Багненко, С. Ф.* Особенности хирургического лечения абсцессов поджелудочной железы / С. Ф. Багненко, В. Р. Гольцов, В. Ф. Озеров // *Мат. VII Всеросс. конф. общих хирургов с междунар. участием.* — Красноярск, 2012. — С. 18–19.
4. *Байчоров, Э. Х.* Этапность оказания хирургической помощи при остром деструктивном панкреатите / Э. Х. Байчоров, Р. З. Макушкин, Р. Р. Байрамуков // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии.* — 2010. — № 4 (3). — С. 323–326.
5. *Бенсман, В. М.* Тактические и оперативно-хирургические возможности лечения инфицированного панкреонекроза. / В. М. Бенсман, Ю. П. Савченко, И. В. Голиков // *Мат. VII Всеросс. конф. общих хирургов с междунар. участием.* — Красноярск, 2012. — С. 28–31.