

УДК 616.37-002-036.11-089

*А.В. Пененин, И.В. Иоффе, В.И. Жаданов, В.П. Потеряхин***ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТОЧНО-АСПИРАЦИОННОГО ЛАВАЖА
ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ПАНКРЕАТИТЕ***Луганский государственный медицинский университет*

В статье авторы проводят анализ лечения 27 пациентов с гнойными осложнениями острого панкреатита. Для удобства пути распространения патологического процесса разделены на зоны, что позволило авторам выбрать наиболее эффективный метод лечения. При наличии жидкостных скоплений эффективными оказались пункционные и пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем. При верификации крупных секвестров и недренируемых очагов авторы проводили проточный лаваж забрюшинной клетчатки через несколько дренажных систем. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности предложенной тактики лечения.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, осложнения, миниинвазивное лечение.

Частота заболеваемости острым панкреатитом (ОП) продолжает увеличиваться. Его деструктивные формы (ОДП), являющиеся одной из самых сложных и тяжелых нозологий в абдоминальной хирургии [2, 3]. Инфицированные формы ОДП, приводящие к гнойным осложнениям, а также высокий уровень летальности требуют поиска более эффективных путей решения этой проблемы [4, 5]. Раннее выявление инфицирования зон некроза и своевременная его коррекция миниинвазивными методами имеет важное значение для дальнейшего лечения и исхода ОП [1].

Цель работы – улучшить результаты лечения больных ОДП, осложненным флегмоной забрюшинной клетчатки путем использования малоинвазивных методов лечения.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 105 пациентов с ОДП. Мужчин было 47, женщин 58. Средний возраст составил 48 лет. С гнойными осложнениями ОДП было 27 пациентов (26%). Всем больным проводились общеклинические и биохимические исследования крови, мочи, уровня ферментативной активности сыворотки крови. Тяжесть состояния оценивали по шкале АРАСНЕ II. Локализацию и распространенность поражения поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки (ЗК) определяли при помощи ультрасонографии (УСГ) аппаратом SLE 101 РС конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц.

Зоны поражения ЗК нами были обозначены в зависимости от стороны (D – dextra, S – sinistra) и этажа (1 – верхний, 2 – средний, 3 – нижний), локализации гнойного процесса. В отдельную группу выделены пациенты с локальным поражением ПЖ и перипанкреатической клетчатки (М). Распределение пациентов по этим критериям представлено в таблице 1.

Верификацию инфицирования определяли при помощи тонкоигольных пункций (ТИП), которые проводили под УСГ-наведением иглами Madayag 18-20 G (Balton), дренирование (ТИД) гнойных очагов осуществляли дренажными системами «Pig tail» 6 Fr, 9 Fr и 12 Fr (Balton). Количество устанавливаемых дренажей в каждом наблюдении колебалось от двух до пяти. Перипанкреатические скопления локализовались в проекции тела и хвоста у 10 пациентов (37%), в забрюшинной клетчатке у 9 больных (63%). При наличии крупных секвестров производили минидоступы (МД) в поясничных и подвздошных областях.

Микробный пейзаж и чувствительность его к антибактериальным препаратам устанавливали общепринятыми методиками.

Результаты и обсуждение

Во всех клинических наблюдениях были произведены ТИП. Показанием к их проведению служило наличие жидкостных скоплений (ЖС), а при отсутствии последних – клинические и лабораторные признаки инфицирования. Характер микрофлоры по данным ТИП представлен в таблице 2.

Во всех наблюдениях с наличием микро-

Таблиця 1.

Распределение пациентов в зависимости от локализации поражения забрюшинной клетчатки

M	S ₁	S ₂	S ₃	D ₁	D ₂	D ₃
2	8	7	4	3	2	1

Характер микрофлоры по данным тонкоигольных пункций

Таблиця 2.

Возбудитель	Количество пациентов
E. coli	12
St. aureus	4
Str. teocolis	6
P. aeuroginosa	3
Смешанная флора	2

флоры мы назначали антибактериальную терапию. При этом мы руководствовались следующими факторами:

- 1) антибактериальная терапия должна назначаться согласно чувствительности возбудителей;
- 2) антибиотики должны обладать хорошей тропностью к поджелудочной железе;
- 3) антибактериальная терапия всегда должна подразумевать смену антибактериального режима, иногда многократно.
- 4) антибактериальная терапия всегда должна являться компонентом комплексного консервативного, миниинвазивного и хирургического лечения с использованием селективной декоктамации желудочно-кишечного тракта.

Показанием к проведению ТИД мы считали: высокую скорость повторного образования ЖС после двух-трех ТИП; наличие густого, мутного отделяемого по игле. При на-

личии ЖС в двух и более зонах поражения ЗК устанавливали два, три и в одном наблюдении четыре дренажные системы для проведения проточного лаважа. Предпочтение отдавали дренажным системам большего диаметра. Санации проводили декасаном, хлоргексидином, электрохимически активированными растворами КСЛ. Осуществить дренирование жидкого компонента даже в забрюшинной клетчатке не представляет никаких сложностей, поэтому основной задачей пункционного дренирования считали возможность добиться лизиса фрагментов детрита, так как именно последний заставляет прибегать к оперативным доступам.

В таблице 3 представлено количество больных, характер всех малоинвазивных вмешательств в зависимости от локализации ЖС.

Из таблицы 3 видно, что пункции оказались наиболее эффективными при локализации ЖС в S₃ и D₃. Тонкоигольное дренирова-

Количество больных и характер малоинвазивных вмешательств

Таблиця 3.

	S ₁	S ₂	S ₃	D ₁	D ₂	D ₃
ТИП	8	7	4	5	2	1
ТИД	6	5	1	3	1	
МД	4	3	2	2	1	

ние и проточный лаваж в S_{1-2} и D_{1-3} позволили добиться регресса воспалительного процесса в ЗК примерно в 45% случаев, что можно расценивать как хороший результат. В остальных 55% наблюдений минидоступы в поясничных и подвздошных областях позволили удалить крупные, нелизированные фрагменты детрита и провести адекватное дренирование ЗК. Контроль MODS констатирован в 78% случаев. В остальных наблюдениях тонкоигольное дренирование и проточный лаваж дали возможность предотвратить распространение инфекционного процесса по клетчаточным пространствам и позволили избежать лапаротомии.

У одного пациента с наличием люмботомического доступа в S_2 развилось аррозивное кровотечение из селезеночной артерии, что потребовало спленэктомии.

Осложнений, связанных с пункционным дренированием и лаважем не выявлено ни в одном наблюдении. Летальных исходов не было.

Выводы

1. Малоинвазивные вмешательства являются эффективным методом лечения забрюшинных флегмон при ОДП.

2. Постановка двух и более дренажных систем значительно эффективнее в сравнении с одиночным ТИД за счет возможности проведения проточного лаважа из разных точек.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТОЧНО-АСПІРАЦІЙНОГО ЛАВАЖУ ЗАОЧЕРЕВИННОЇ КЛІТКОВИНИ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

А.В. Пепенін, І.В. Іоффе, В.І. Жаданов, В.П. Потеряхін

У статті автори проводять аналіз лікування 27 пацієнтів з гнійними ускладненнями гострого панкреатиту. Для зручності шляхів поширення патологічного процесу розділені на зони, що дозволило авто-

рам вибрати найбільш ефективний метод лікування. За наявності рідинних скупчень ефективними виявилися пункційні і пункційно-дренуючі втручання під ультразвуковим контролем. При верифікації крупних секвестрів і недренованих вогнищ автори проводили проточний лаваж заочеревинної клітковини через декілька дренажних систем. Отримані результати свідчать про ефективність запропонованої тактики лікування.

Ключові слова: деструктивний панкреатит, ускладнення, мініінвазивне лікування.

EFFECTIVENESS OF FLOW-ASPIRATING LAVAGE OF RETROPERITONEAL FAT AT COMPLICATED PANCREATITIS

A.V. Pepenin, I.V. Ioffe, V.I. Zhadanov, V.P. Poteryahin

In article authors carry out the analysis of treatment of 27 patients with purulent complications of a acute pancreatitis. For convenience of a way of distribution of pathological process are divided into zones that has allowed authors to choose the most effective method of treatment. At presence of liquid congestions effective appeared puncture and puncture-drainage interventions under the ultrasound control. At verification of large sequestrations centers authors spent flowing retroperitoneal lavage of through some drainage systems. The received results testify to efficiency of offered tactics of treatment.

Key words: destructive pancreatitis, complications, mini-invasive treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дронов А.И. Антибиотикотерапия при остром некротическом панкреатите. / А.И. Дронов, И.А. Ковальская, Т.В. Лубенец, А.П. Коваленко // Украинський журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 164-168.
2. Копчак В.М. Сучасна діагностика та хірургічне лікування гострого панкреатиту / В.М. Копчак, І.В. Хомяк, І.В. Тодоров, К.В. Копчак // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2004. – № 3. – С. 52-55.
3. Криворучко І.А. Патолофізіологія та лікування гострого некротичного панкреатиту / І.А. Криворучко, В.В. Бойко, Р.С. Шевченко // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2004. – № 3. – С. 55-57.
4. Ничитайло М.Е. Эхоконтролируемые вмешательства в лечении осложнений острого панкреатита. / М.Е. Ничитайло, Г.Ю. Мошковский. // Тезисы V Съезда Российской Ассоциации Эндоскопической Хирургии.
5. William A. Knaus APACHE 1978-2001: The Development of a Quality Assurance System Based on Prognosis / Knaus A. William // Arch Surg. – 2002. – Vol. 137. – P. 37-41.

Стаття надійшла 09.02.2011