

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Белорусец В. Н., Карпицкий А. С.

Брестская областная больница,
г. Брест, Республика Беларусь

Введение. Острый панкреатит лидирует как причина неблагоприятных исходов среди острых абдоминальных заболеваний. Наиболее сложный контингент составляют пациенты с инфицированным панкреонекрозом. Послеоперационная летальность в этой группе пациентов достигает 30-40%. Причиной летальных исходов является полиорганная недостаточность вследствие гнойных осложнений с массивным поражением забрюшинной клетчатки. Общеизвестным является факт, что в повреждении забрюшинной клетчатки первичным фактором агрессии является ферментативный эксудат. Неудовлетворенность результатами лечения побуждает к поиску способов уменьшения зоны поражения забрюшинной клетчатки в ранней фазе заболевания.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с острым некротизирующим панкреатитом путем включения в ранний лечебный комплекс лапароскопического дренирования забрюшинной клетчатки.

Материалы и методы. В УЗ «Брестская областная больница» с 2008 по 2015 гг. находились на лечении 549 пациентов с острым панкреатитом. У 94 (17,1%) констатирован легкий панкреатит. Тяжелая форма заболевания установлена у 455 (82,9%) пациентов. Среди пациентов с острым некротизирующим панкреатитом и перитонеальным синдромом, в лечении которых потребовалась лапароскопическая санация брюшной полости, выделены 2 группы.

Основную группу составили пациенты, которым наряду с санацией и дренированием брюшной полости выполнено лапароскопическое дренирование забрюшинной клетчатки по разработанному нами методу (Патент РБ на изобретение № 21055

от 09.02.17 г; инструкция по применению 22.06.18. № 062 – 0618). При выполнении лапароскопии в положении пациента на боку осуществляли рассечение париетальной брюшины в области переходных складок углов ободочной кишки и формировали в забрюшинной клетчатке тоннели протяжённостью 5-6 см позади селезеночного угла ободочной кишки по направлению к хвосту поджелудочной железы слева и позади печёночного угла ободочной кишки справа. Затем через лапароскопические порты в подвздошных областях живота в сформированные тоннели устанавливали дренажные трубки, укладывая их в боковые каналы брюшной полости. При необходимости производилось дополнительное рассечение заднего листка париетальной брюшины снаружи от ободочной кишки в зоне максимального скопления экссудата. Удаление дренажей производили после прекращения истечения экссудата, как правило, на 3-5 сутки.

В контрольную группу вошли пациенты, у которых в качестве первичной операции выполнялась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости без дренирования забрюшинной клетчатки. Дренирование сальниковой сумки при наличии показаний проводилось пациентам в обеих группах. Объем панкреонекроза оценивался с помощью КТ - индекса тяжести острого панкреатита по Balthazar. Тяжесть состояния пациентов на момент поступления в стационар оценена по интегральным шкалам Ranson и APACHE II.

В основную группу были включены 102 пациента. Из них: мужчин - 60 (58,8%), женщин – 42 (41,2%). Средний возраст пациентов был $44,5 \pm 14,81$ (от 16 до 87) года. КТ - индекс тяжести острого панкреатита по Balthazar – в данной группе составил $6,89 \pm 0,18$ балла (от 2 до 10). Тяжесть состояния пациентов по интегральным шкалам Ranson – $5,26 \pm 0,19$ балла (от 1 до 9) и APACHE II – $15,39 \pm 0,82$ балла (от 2 до 40).

Контрольную группу составили 95 пациентов. Из них: мужчин – 60 (63,2%), женщин – 35 (36,8%). Средний возраст пациентов был $46,4 \pm 15,96$ (от 23 до 84) года. КТ - индекс тяжести острого панкреатита по Balthazar – в данной группе составил $7,49 \pm 0,23$ балла (от 1 до 10). Тяжесть состояния пациентов по

интегральным шкалам Ranson – $5,35 \pm 0,22$ балла (от 1 до 9) и АРАСНЕ II – $16,23 \pm 0,87$ балла (от 1 до 48).

Статистически достоверных различий между пациентами в исследуемых группах по возрасту, объему поражения поджелудочной железы, тяжести состояния на момент поступления в стационар не выявлено, что позволило обоснованно сравнить результаты лечения. Исследуемые группы пациентов также близки по половому составу ($p > 0,05$).

Результат и обсуждение. У 65 пациентов основной группы (57,0%) наблюдалось благоприятное течение заболевания, быстрое рассасывание перипанкреатического инфильтрата без развития гнойно-септических осложнений. В этих случаях лапароскопическое дренирование забрюшинной клетчатки выполнялось в ранние сроки (первые трое суток) и являлось окончательной операцией. У 30 пациентов указанной группы (26,3%) не удалось избежать инфицирования, однако гнойные очаги сформировались значительно позже, чем у пациентов контрольной группы, что позволило провести повторное вмешательство на фоне компенсации полиорганной дисфункции на $26,3 \pm 2,17$ сутки от начала заболевания. В контрольной группе вынужденные лапаротомии выполнены на $18,4 \pm 1,31$ сут. ($p < 0,05$).

В основной группе инфицирование панкреонекроза и необходимость в saniрующих операциях открытого типа возникли в два раза реже, чем в контрольной ($p < 0,01$). Уменьшение в основной группе частоты гнойных осложнений и числа saniрующих операций открытого типа обусловили значительное снижение послеоперационной летальности (с 34,7 до 17,7%) в сравнении с контрольной группой ($p < 0,01$), а также уменьшение средней продолжительности лечения на 9,9 койко-дня ($p < 0,01$), что составило 24% от общей продолжительности лечения пациентов контрольной группы.

Выводы. Предложенный метод лапароскопического дренирования забрюшинной клетчатки при остром некротизирующем панкреатите, примененный в раннем лечебном комплексе у наиболее тяжелых пациентов, позволяет значительно улучшить результаты лечения.