

***Особенности хирургического лечения острого панкреатита с
использованием миниинвазивных технологий***

И.А. Криворучко¹, С.Н. Балака¹, Н.В. Красносельский¹, С.Д. Салогуб²

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Коммунальное учреждение охраны здоровья «Областная клиническая
больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»
г. Харьков, Украина

Актуальность. Осложнения острого панкреатита являются одной из наиболее острых проблем современной хирургии. В последнее время отмечается повсеместная тенденция к использованию миниинвазивных методик дренирования панкреатогенных жидкостных скоплений. Данные вмешательства позволяют значительно снизить интенсивность операционной травмы, избежать отрицательных сторон наркоза и более оправданы с экономической точки зрения.

Материалы и методы. В Харьковской областной клинической больнице с 2000 по 2012 гг. находилось на лечении 197 больных с жидкостными осложнениями острого деструктивного панкреатита. До 2010 года использовались преимущественно открытые вмешательства (152 больных), а с 2010 – миниинвазивные операции под ультразвукографическим контролем (37 из 45 больных). Операции осуществляли на ультразвуковых сканерах трех типов: Philips HD-11 XE, Radmir Ultima Pro-30 и Simens Sonoline SI-50 с применением конвексных датчиков частотой 2-5 МГц. При обследовании всех пациентов использовали стандартные настройки приборов, которые частично корректировались в процессе манипуляции. Пункционные вмешательства осуществляли иглами фирм Balton и Rusch (16-20 G), а дренирование – с использованием комплектов для трансдермального дренирования фирмы Balton (6-16 F).

Результаты и их обсуждение. Пункционно-дренирующие вмешательства у больных с жидкостными образованиями до 4 недель выполнены у 20 больных, более 4 недель – у 17 (из них, признаки инфицирования были у 15 больных).

Пункция осуществлялась под местной анестезией. Продвижение иглы постоянно контролировалось на экране монитора. При выборе траектории руководствовались

не расстоянием до жидкостного очага, а безопасностью расположения траектории иглы, которая могла быть не прямолинейной. Данный подход позволил осуществить санацию очагов, прикрытых петлями кишечника и селезенкой, что считается противопоказанием к выполнению манипуляции. Перед пункцией определяли расстояние от поверхности кожи до полости, а также объем содержимого, который составил по данным УЗИ от 100 до 3500 см³. При необходимости пункцию осуществляли через левую долю печени или желудок. Наличие петель кишечника, селезенки, а также плеврального синуса на пути траектории иглы являлось абсолютным противопоказанием к проведению манипуляции. После аспирации содержимого полость в обязательном порядке промывали антисептическими растворами с целью санации и профилактики инфицирования, а также при высокой вязкости жидкости.

Пунктировали образования только небольшого и среднего объема при условии асептичности содержимого. При наличии жидкостных коллекторов большого объема (500-4000 мл), а также гнойных полостей предпочтение отдавали чрезкожному дренированию.

В послеоперационном периоде в обязательном порядке контролировали объем отделяемого по дренажам, проводили его бактериологическое, цитологическое исследования, определяли концентрацию амилазы, а также выполняли ультразвуковой мониторинг состояния полости и фистулографию.

Из 37 больных у 33 использование малоинвазивных технологий в лечении жидкостных осложнений панкреатита позволило добиться ликвидации полости (в том числе в 13 – при нагноении содержимого) в сроки от 3 до 9 недель.

Заключение. Пункционно-дренирующие вмешательства у больных с полостными образованиями поджелудочной железы при панкреатите в равной степени носят как диагностический, так и лечебный характер. Они позволяют избежать отрицательных сторон открытых вмешательств, ликвидировать токсическое влияние жидкостных коллекторов в остром периоде заболевания, предупредить генерализацию патологического процесса при нагноении, а также достичь ликвидации полостных образований у 89,2% больных с минимальным риском.

Тема: 5. Миниинвазивные методы лечения осложненного холецистита и панкреонекроза