Хирургическое лечение панкреонекроза с использованием минимально инвазивных технологий

И.А.Криворучко (1), Д.А.Смецков (1), В.А.Вовк (1), О.Ю.Гербали (2)

1)Харьков,2)Симферополь

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Трудности диагностики острого панкреатита (ОП), выбора лечебной тактики, высокая летальность определяют актуальность рассматриваемой проблемы. В 15-20% наблюдений выявляют деструктивный ОП, развитие вторичной панкреатической инфекции (ВПИ) приводит к смерти 25-80% больных. Целью исследования явился анализ результатов лечения больных панкреонекрозом, основываясь на использовании классификации Атланты, пересмотр которой был предложен в 2012 г. рабочей группой. Материалы и методы. Выполнили поиск в базе одного учреждения с 01.1999 по 11. 2014 гг. у 445 больных с панкреонекрозом. Средний возраст больных 45,2 лет, 65% составили мужчины. Диагностика заболевания основывалась на данных клинико-лабораторных методов исследования, УЗИ, КТ, МРТ, видиолапароскопии, ЭРХПГ; ВПИ – на основании использования клинико-лабораторных даннях и прокальцитонинового теста («BRAHMS PCT-Q»), FNA. Больных распределяли в соответствии с классификацией Атланты (1992), пересмотр которой был предложен рабочей группой в 2012 г. У ряда больных оценивались критерии Ranson’s, Imrie’s (шкала Glasgow) , шкала АРАСНЕ II; шкала MODS Marshall’s. Выделены 3 группы больных: первая - 105 (22,5%) больных, которых оперовали до 14 дня от момента заболевания; вторая – 232 (49,7%) больных, которых оперовали з 15 до 29 дня, третья – 130 (27,8%) больных, которых оперовали на 30 день или позднее. Результаты и их обсуждение. У 63 (13,5%) больных была средняя степень тяжести состояния, у 389 (83,3%) – тяжелая и у 15 (3,2%) – критическая. Сроки выполнения операции в первой группе составили в среднем 12,3±1,3 дней (диапазон 6-14); во второй – 22,3±1,8 (диапазон 14-29); в третьей – 32,9±2,8 (диапазон 30-46). Наибольшее число больных (82,2%) были оперированы в сроки от 15 дней и более от момента заболевания. «Закрытый» метод лечения по методике Бегера (срединная либо поперечная лапаротомия) использован у 167 (35,8%) больных: летальность составила 37,1%, повторные вмешательства были выполнены у 47,3% больных. У 171 (36,5%) больного использовался «открытый» метод с формированием оментобурсостомы в сочетании с люмботомией (одно- или двусторонней): летальность составила 20,5%, повторные вмешательства выполнены у 8,2% больных по поводу аррозивных кровотечений и кишечных свищей. Лечение ОП «по программе» с использованием лапаростомии при развитии ACS применено у 24 (5,1%) больных: летальность – 25%; осложнения – 75%. Видиоасситированная некрозэктомия выполнена у 17 (3,6%) больных: летальность – 11,8%, осложнения – 23,5%. Дренирование жидкостных образований: под контролем УЗИ – у 48 (10,3%) больных: летальность – 0%, осложнения – 7,5%; под контролем видиолапароскопии – у 22 (4,7%) больных: летальность – 13,6%, осложнения – 22,7%; наружное дренирование нагноившейся псевдокисты открытым способом произведено у 18 (3,9%) больных: летальность составила 16,7%, осложнения возникли у 44,4% . Выводы. Пересмотр классификации ОП (2012), принятой в Атланте в 1992 году, позволяет принимать решения, касающиеся выбора хирургической тактики у больных ОП. Использование минимально инвазивных вмешательств лечения инфицированных жидкостных панкреатических/перипанкреатических жидкостных скоплений сопровождается меньшей летальностью. Отсрочка выполнения операций при развитии ВПИ в сроки 15-29 дней и 30 и более дней после момента заболевания приводит к меньшей летальности (r = -0,91, t= - 17,7, р<0,001).