

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ДИАГНОСТИКЕ И ОБОСНОВАНИИ ПОКАЗАНИЙ К РЕЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Радзиховский А. П., Бобров О. Е., Зогач В. Ю., Стукало В. М.

Кафедра хирургии и ожоговой болезни КМАПО, РМО Минского района г.

Киева

Проблема лечения больных панкреонекрозом далека от решения, поскольку сложной и дискуссионной остается сама его суть [5]. Выполнение оперативных вмешательств на ранних стадиях (вплоть до креотомии), не привело к существенному прогрессу при лечении больных с таким видом патологии. Основной причиной смерти у этих больных являлся панкреатогенный шок [4]. Некоторый прогресс был отмечен, когда показания к оперативному вмешательству были сужены и к хирургическому пособию стали прибегать только по абсолютным показаниям (абсцедирование, гнойный парапанкреатит и т. п.). Внедрение в клиническую практику эффективных способов эфферентной терапии с ранней эндогенной детоксикацией привело к парадоксальному на первый взгляд возрастанию удельного веса

больных именно с гнойно-некротическими формами заболевания [1]. К сожалению, до настоящего времени не разработаны объективные критерии целесообразности продолжения консервативного или перехода к оперативному лечению. Поэтому все большее значение приобретает своевременная диагностика деструктивных процессов не только в самой поджелудочной железе, но и в забрюшинной клетчатке, так как даже при минимальных изменениях в железе, вследствие отсутствия у нее “капсулы”, панкреатические ферменты сразу же попадают в забрюшинное пространство и, активируясь лизосомальными энзимами вызывают обширный некроз жировой ткани, классифицируемый в настоящее время, как некротический парапанкреатит [2]. Особую сложность в выборе адекватного объема и срока проведения опе-

рации имеют два фактора. Первое: выявляемые при ультрасонографии (УСГ) “нежизнеспособные участки” поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки могут быть неинфицированными, что является противопоказанием к использованию “открытых способов” хирургического вмешательства, так как под влиянием энергичного консервативного лечения у 80% больных удается добиться диссипации оментобурсита и забрюшинных инфильтратов [4]. Во-вторых: особенностью развития септических поражений забрюшинной клетчатки является формирование гнойных очагов в виде “достаточно автономных” полосок между секвестрами, поэтому актуальным является не только их обнаружение, но и объективное доказательство инфицированности таких очагов. Кроме того, поиск их во время операции – затруднен, поэтому однократное их вскрытие и дренирование, как правило, не обеспечивает надежной санации [5].

Основной целью данной работы явилась попытка решения конкретных задач – определение информативности УСГ у больных панкреонекрозом, как способа объективизации показаний к оперативным вмешательствам, в том числе и повторным.

Материалы и методы: в работе проанализированы результаты обследования и лечения 18 больных панкреонекрозом в возрасте от 37 до 62 лет. Мужчин было 13, женщин – 5. В данной работе не рассматриваются больные с панкреатитом билиарной этиологии, поскольку такой вид поражения поджелудочной железы имеет четкие этиопатогенетические отличия и лечебная тактика базируется на использовании иного алгоритма.

У всех больных УСГ проводилась дважды в сутки (УСГ-мониторинг), начиная от момента поступления. Использовались аппараты: “Aloka” SSD-630, SSD-1100; “Simens” SI-250, SI-450; с конвексными, линейными и секторальными датчиками 3,5 и 5,0 МГц. Наиболее оправдано по нашим данным применение механического секторного датчика с частотой 3,5 МГц, так как иногда осмотр поджелудочной железы был возможен только в межреберных промежутках, по задней подмышечной линии слева (вследствие пареза кишечника послеоперационных рубцов и дренажей на брюшной стенке). Диагностика проводилась по обычной схеме (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа и т.д.), но особое внимание уделялось паранефральным пространствам, клетчатке ворот селезенки, наличию жидкости в сальниковой сумке и между петлями кишечника [3]. При обнаружении жидкостного образования в забрюшинной клетчатке проводили его пункцию с аспирацией содержимого и его послудующим микробиологическим исследованием с

определением чувствительности антибактериальным препаратам.

Результаты исследования и их обсуждение. Основное внимание в процессе работы уделялось поиску УСГ – признаков, достоверно указывающих на наличие гнойно-септических осложнений панкреонекроза. При этом установлено, что увеличение размеров поджелудочной железы (11 больных), деформированность ее контура (9 больных), неоднородность паренхимы с обнаружением очагов повышенной и/или пониженной эхогенности (12 больных), потеря структурности паренхимы железы с наличием жидкости в парапанкреатической клетчатке (6 больных), еще не являются патогномоничными признаками гнойно-септических осложнений. Так, при лечении больных группы А (6 больных), у всех из них было обнаружено по 2-3 вышеописанных УСГ – признака, однако полученная при пункции геморрагическая жидкость оказалась стерильной. Энергичное консервативное лечение привело к постепенной диссипации инфильтратов у 5 из них, что позволило избежать операции. Еще у одного больного из группы А в течение 8 месяцев сформировалась киста тела и хвоста поджелудочной железы. Ему впоследствии была выполнена операция – цистоеюностомия с благоприятным исходом.

Во вторую группу (группа Б) – было включено 12 больных. У них на 8-10 сутки от момента заболевания, при исследовании забрюшинной клетчатки, отмечено появление широких, пониженной эхогенности, “УСГ-неоднородных” зон (свободно лежащие секвестры с более плотной структурой). При этом такие гипзоэхогенные-неоднородные участки иногда имели четкие границы (пиогенная капсула). Во время прицельной пункции у 11 больных была получена вязкая жидкость, а при микробиологическом исследовании определялась ее инфицированность с содержанием микробных тел $6,2 \pm 1,3 \times 10^6$ в 1 мл. УСГ – признаком начала формирования гнойника у 3 больных с абсцессами сальниковой сумки и у 2 больных с межпетельными абсцессами было утолщение стенок кишечника до 4-6 мм, с наличием между петлями умеренно УСГ – неоднородной жидкости (“хлопья”).

У всех больных группы Б проведены хирургические вмешательства, в том числе и повторные (всего от 3 до 12 операций). При выборе способа хирургической коррекции отдавали предпочтение поэтапным программированным некрсеквестрэктомиям, поскольку радикального вмешательства при панкреонекрозе нет и быть не может, так как удалить одномоментно все участки нежизнеспособной поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки невозможно, а излишнее расширение объема операции ведет

только к травме полых органов и сосудов. При этом установление показаний к каждому повторному вмешательству обязательно объективизировалось УСГ (подтверждение продолжающихся процессов некролиза и деструкции).

Умерло в группе Б – 3 больных. Причиной смерти у 2 из них было прогрессирование гнойно-септических осложнений, а у доного больного – фатальное кровотечение из стрессовых язв пищеварительной трубки.

Выводы: 1. УСГ-мониторинг является высокоинформативным способом диагностики гнойно-септических осложнений панкреонекроза и позволяет объективизировать показания к использованию хирургических способов лечения у больных с та-

ким видом патологии. Наиболее характерным УСГ-признаком гнойно-септического процесса является появление в динамике “гипоэхогенно-неоднородных” участков в парапанкреатической клетчатке.

2. Проведение прицельной пункции обнаруживаемых при УСГ “очагов”, с аспирацией соержимого и последующим микробиологическим исследованием позволяет дифференцировать асептический панкреонекроз от инфицированного, что является определяющим в выборе лечебной тактики.

3. Показания к релапаротомии при лечении больных панкреонекрозом должны устанавливаться на основании не только клинических проявлений, но и объективизироваться данными УСГ-мониторинга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев В. Т., Криворучко И. А., Тищенко А. М. Хирургическое лечение острого некротического панкреатита//Актуальн.вопр.неотложной хирургии органов брюшной полости. – Харьков. – 1998. – С. 28-30.
2. Земськов В. С., Денека Є. Р., Ковальська І. О., сусак Я. М. Клініко-морфологічні аспекти парапанкреатиту//Актуальні проблеми панкреатогепатобілярної хірургії. – Київ. – Клін.хір. – 1997. – С. 69-70.
3. Митьков В. В., Брюховецкий Ю. А., Соколов А. И., Стручкова Т. Я., Хитрвоа А. Н., Шолохов В. Н. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – Москва: ВИДАР, 1996. – С. 9-187.
4. Радзіховський А. П., Бобров О. Е., Бучнев В. И. И др. Эволюция взглядов на лечение больных острым некротическим панкреатитом//Актуальні проблеми панкреатогепатобілярної хірургії. – Київ. – Клін.хір. – 1997. – С. 130-133.
5. Филин В. И., Костюченко А. Л. Неотложная панкреатология. – М., Питер. – 396 с.

РЕЗЮМЕ

Ультрасонографічний моніторинг в діагностиці і обґрунтуванні показань до релапаротомії у хворих з панкреонекрозом

Радзіховський А. П., Бобров О.Є., Зогач В. Ю., Стукало В. М.

Проаналізовані результати обстеження та лікування 18 хворих на панкреонекроз. Зроблено висновок, що ультрасонографічний (УСГ) моніторинг є високоінформативним способом діагностики гнійно-септичних ускладнень панкреонекрозу, дозволяє проводити прицілінну аспіраційну пункцію встановлених при УСГ “вогнищ” з метою диференціювання асептичного некрозу від інфікованого, дозволяє об’єктивізувати показання до хірургічного лікування і релапаротомії.

SUMMARY

Ultrasonographic monitoring in diagnostics and substantiation of the indications to relaparotomy in patients with pancreonecrosis

A.P. Radzihovsky, O.E. Bobrov, V.Yu. Zogach, V.M. Stukalo, S.S. Grechany

The results of the examination of 18 patients with pancreonecrosis have been analysed. The conclusion was made that ultrasonographic (USG) monitoring is a high-informative means of a diagnostics of the purulent-septic complications of pancreonecrosis, it ensures the performance of the slop aspirational puncture of the “flames” observed by the USG with the aim of differentiation of the aseptical necrosis from the infected, insures the objectivisation of the indications to surgical tretment and relaparotomy.

У

Ка

н

о