

ГНОЙНЫЙ ОМЕНТОБУРСИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Салиенко С.В.¹, Салиенко Е.В.¹, Мамонтова Е.В.²

¹ ФГБУЗ МСЧ №98 ФМБА России

² ГОУ ВПО «Астраханский государственный университет»

Основной причиной летальных исходов при остром деструктивном панкреатите в настоящее время являются гнойно-септические осложнения. Будучи инфицирован гнойно – гнилостными микроорганизмами, некротический процесс склонен распространяться на отдаленные от своего источника отделы. Этому могут способствовать агрессивные свойства гноя, содержащего большое количество панкреатических ферментов и анатомические особенности забрюшинного пространства, допускающие сообщения между теми или иными его отделами. Описаны основные закономерности локализации абсцессов при гнойных осложнениях деструктивного панкреатита. Проанализированы результаты лечения 27 больных с развившимся гнойным оментобурситом. 26 пациентов оперированы открытым способом, одному выполнено дренирование сальниковой сумки под сонографическим контролем. Послеоперационная летальность составила 7,7% (2 больных). Авторы делают выводы об абсолютной необходимости активной хирургической тактики при установлении диагноза и многократном характере санационных вмешательств.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит; гнойный оментобурсит; хирургическое лечение.

FESTERING OMENTOBURSIT AS A COMPLICATION OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Salienko S.V.¹, Salienko E.V.¹, Mamontova E.V.²

¹ Medico-sanitary part №98

² FSU HPE «Astrakhan State University»

The main cause of death in acute destructive pancreatitis are now septic complications. Being infected with purulent - putrefactive microorganisms, necrotic process tends to spread to distant parts of its source. This may contribute to the aggressive properties of pus containing a large amount of pancreatic enzymes and anatomical features of the retroperitoneal space, allowing communication between certain of its divisions. The basic pattern of localization of abscesses in purulent complications of destructive pancreatitis. Results of treatment of 27 patients who developed purulent omentobursitism. 26 patients operated on an open way, one made drainage packing bags under sonographic control. Postoperative mortality was 7.7% (2 patients). Make inferences about the absolute necessity of active surgical tactics at diagnosis and repeated nature of remedial interventions.

Keywords: destructive pancreatitis; abscess of omental bag; surgical treatment.

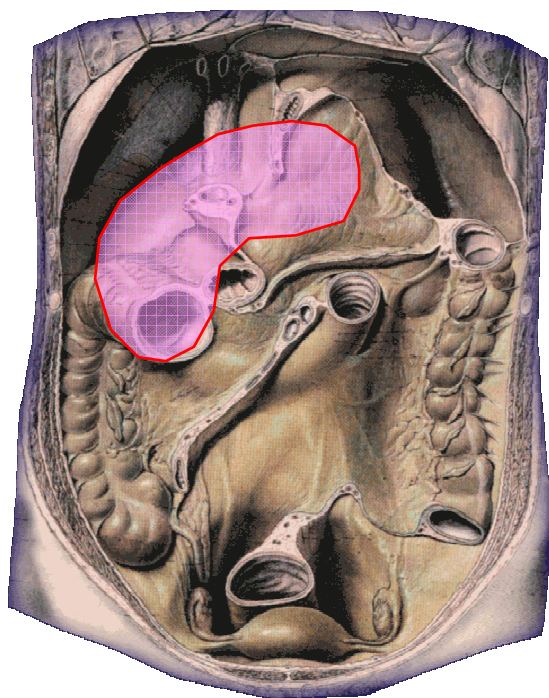
Основной причиной летальных исходов при остром деструктивном панкреатите в настоящее время являются гнойно-септические осложнения. Будучи инфицирован гнойно – гнилостными микроорганизмами, некротический процесс склонен распространяться на отдаленные от своего источника отделы. Этому могут способствовать агрессивные свойства гноя, содержащего большое количество панкреатических ферментов и анатомические особенности забрюшинного пространства, допускающие сообщения между теми или иными его отделами. Развитие осложнений происходит, как правило, *per continuitatem*, путем расплавления брюшинного листка, отделяющего забрюшинно расположенную поджелудочную железу от свободной брюшной полости [1,2,5]. Исследование по лечению и

применению хирургического вмешательства при гнойном оментобурсите является актуальной задачей.

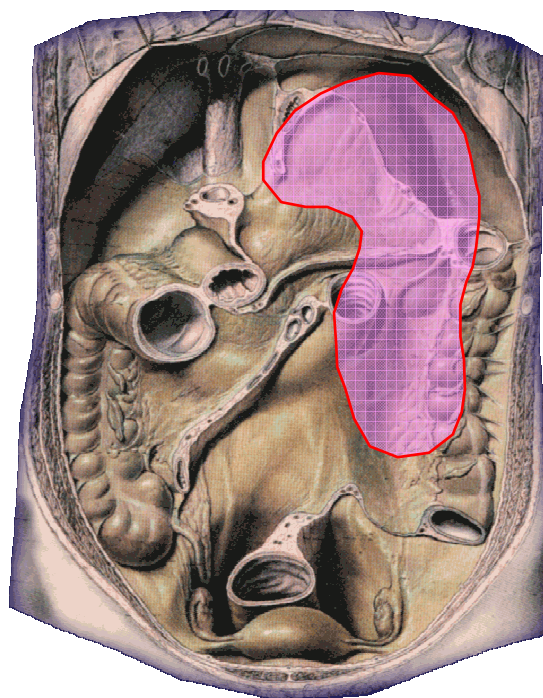
Целью работы является рассмотрение проблемы диагностики и хирургической тактики при наиболее часто встречающемся гнойном осложнении деструктивного панкреатита – оментобурсите.

К сожалению, до сих пор не выработано четких единых рекомендаций относительно способов хирургического лечения гнойного оментобурсита (за исключением нескольких региональных стандартов)[6,7,8]. Практически ежегодно проблемы лечения осложнений деструктивного панкреатита обсуждаются на многочисленных конференциях и съездах, однако на настоящий момент летальность при инфицированном панкреонекрозе составляет до 70% [4,5,7]. Открытыми остаются вопросы относительно места малоинвазивных методик (пункционные методы и дренирование) в арсенале лечащего врача, сроки выполнения, показания и противопоказания к оперативным вмешательствам[4]. Проблема усугубляется тем, что рекомендуемые в литературных источниках современные методы инструментальной (МРТ, спиральная КТ, тонкоигольная пункция-аспирация под УЗ-контролем) и лабораторной (прокальцитониновый тест) диагностики практически недоступны на уровне хирургических отделений районных и небольших городских больниц.

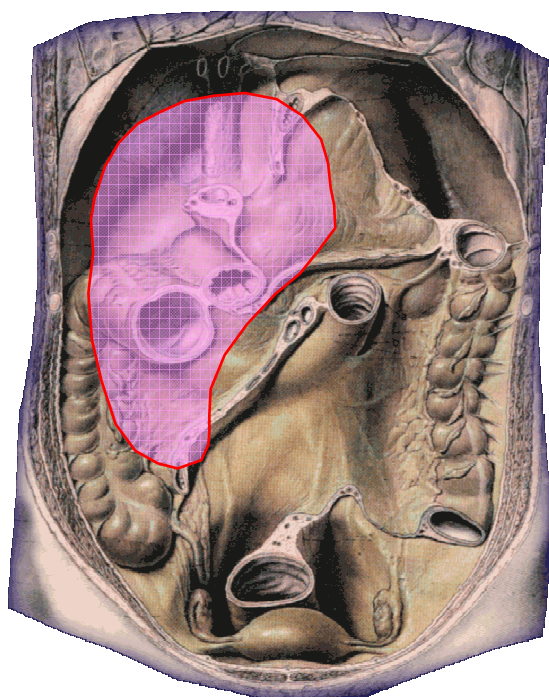
За период 2007-2011 гг. в хирургическом отделении ФГУЗ МСЧ №98 проведено лечение 37 больных деструктивным панкреатитом, в течение заболевания которых зарегистрированы гнойно-септические осложнения. При разборе хирургической анатомии присоединившихся осложнений выявлено следующее. Разрушение заднего листка брюшины над поджелудочной железой и проникновение гноя в сальниковую сумку вызывает гнойный оментобурсит (центральная локализация – 27 больных, 72,9%). Прорыв гноя через винслово отверстие приводит к образованию подпеченочного или правостороннего гнойника (6 пациентов – 16,3%), разрушение левых отделов mesocolon и желудочно-ободочной связки – к образованию левостороннего поддиафрагмального абсцесса (у 2 больных – 5,4%). Под тотальной локализацией имелось в виду абсцедирование обширных участков некроза парапанкреатической и параколярной клетчатки как по ходу восходящей, так и по ходу нисходящей ободочной кишки (2 человека – 5,4%). Области локализации панкреатогенных абсцессов приведены на рисунке 1. Проведен анализ историй болезни 27 пациентов, у которых течение деструктивного панкреатита осложнилось присоединением гнойного оментобурсита (в качестве единственного первичного гнойного очага).



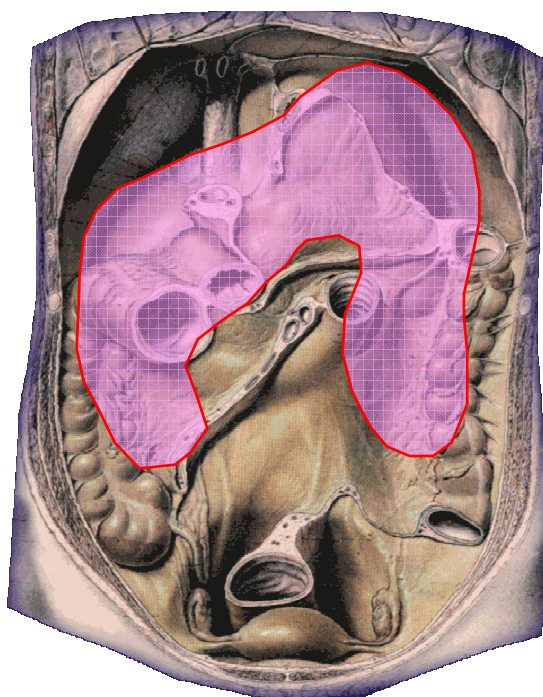
Центральная (27 больных - 41,2%)



Левая (2 больных - 7,1%)



Правая (6 больных - 35,3%)



Тотальная (2 больных - 7,9%)

Рисунок 1. Локализация панкреатогенных абсцессов

Возраст больных составил 17- 55 лет. Мужчин было 19 человек (70,4%), женщин – 8 (29,6%). Состав больных разделённых по возрастам приведён на рисунке 2.

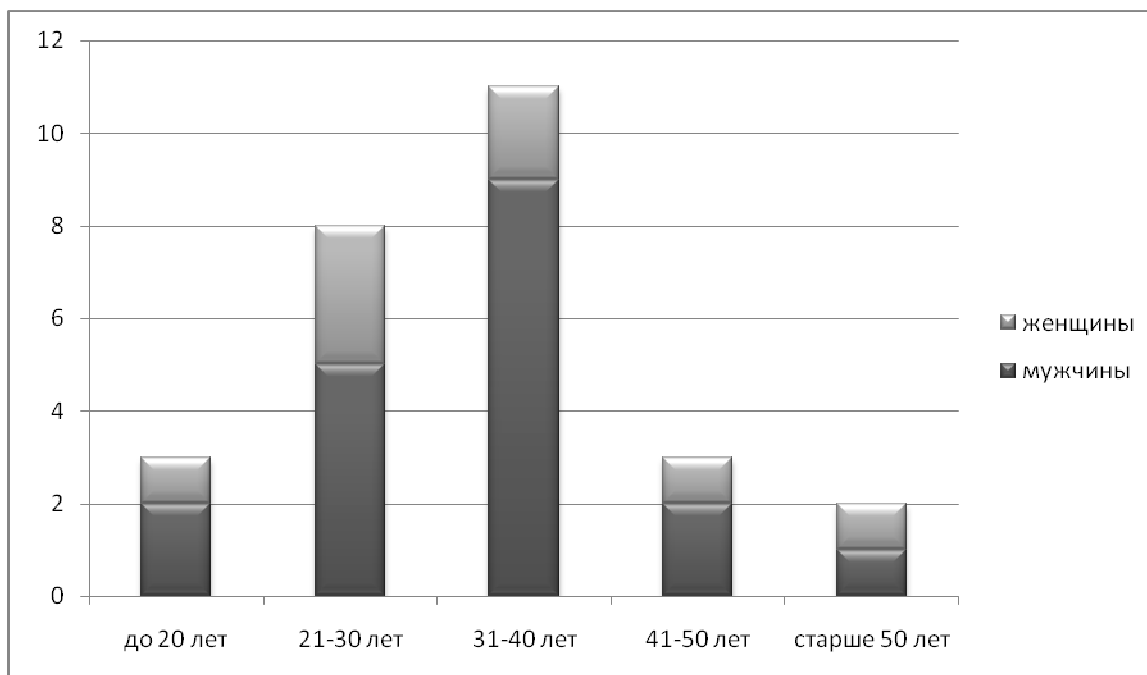


Рисунок 2. Состав больных по полу и возрасту

Установление наличия гнойного осложнения базировалось на характерной клинической картине, данных инструментального исследования (УЗИ, КТ) и лабораторных тестах (определение активности панкреатических ферментов, прокальцитонинный тест) и являлось безусловным показанием к активной хирургической тактике.

Часть исследованных больных (26 человек) подверглись оперативному лечению, выполненному на 10-15 сутки от момента начала заболевания, 3 пациентам после предварительно выполненной компьютерной томографии было произведено эхоконтролируемое дренирование сальниковой сумки. Из числа больных последней группы у 2 человек манипуляция не дала положительного результата и они были оперированы традиционным способом через 3 суток после первичного дренирования. У всех больных операция выполнялась полукрытым способом, предусматривающим установку трубчатых дренажей вместе с тампоном Penrose. В послеоперационном периоде больным проводилась интенсивная инфузионно-трансфузионная, антибактериальная, антисекреторная, симптоматическая терапия.

Присоединение при деструктивном панкреатите гнойно-септических осложнений является абсолютным показанием к оперативному вмешательству. Этот факт в настоящее время не вызывает сомнений, т.к. дальнейшее консервативное ведение больных с несанированными гнойными очагами бесперспективно и ведет к неблагоприятному исходу [4,9].

Сроки оперативных вмешательств, диктовавшихся установлением диагноза гнойного оментобурсита, приведены на рисунке 3. Подавляющее число пациентов (21 человек) были

оперированы в конце второй – начале третьей недели заболевания (12-18 сут.), что согласуется с литературными данными [1,5], 4 больных – в период 19-25 сутки и один - на 10-е сутки.

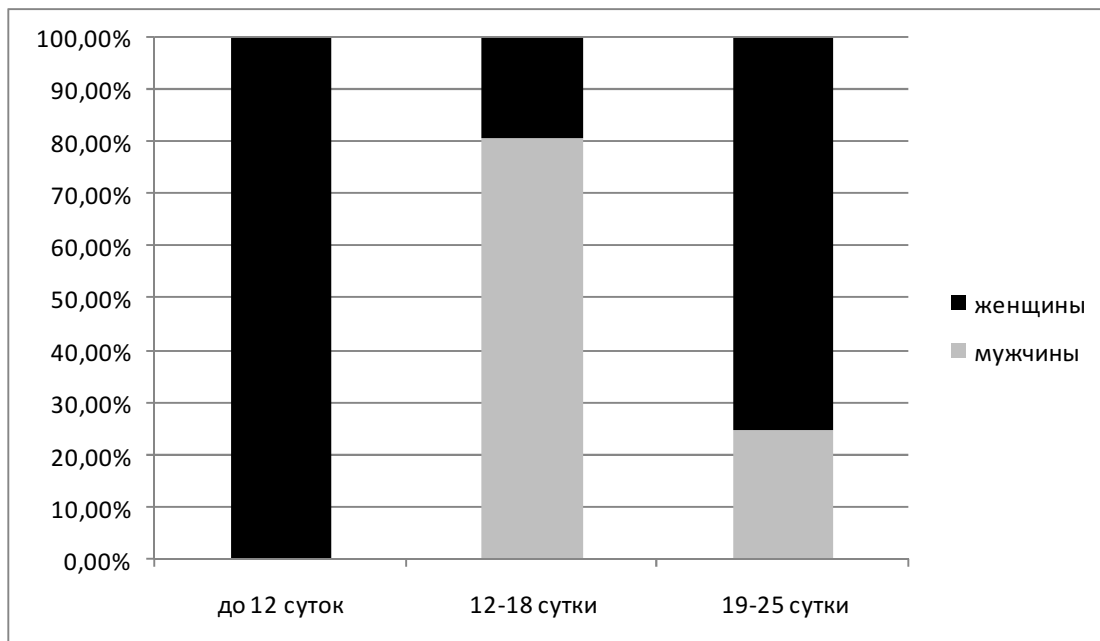


Рисунок 3. Сроки оперативных вмешательств у больных с гнойным оментобурситом.

Полуоткрытый тип операций у больных с гнойным оментобурситом, завершающийся формированием оментобурсостомы предусматривает возможность многократных некр- и секвестрэктомий без риска подвергать больного повторной (пусть даже запрограммированной) лапаротомии, на что указывает большое количество авторов [3,4,5,7,9]. Однократная некрэктомия, как правило, не несет радикального характера и возникает необходимость в повторных санациях сальниковой сумки. В исследуемой группе однократная санация проведена у 2 (7%) человек, двухкратно – у 6 (22%), трехкратно – у 14(52%), четырехкратно – у 5 (19%) пациентов (рисунок 4).

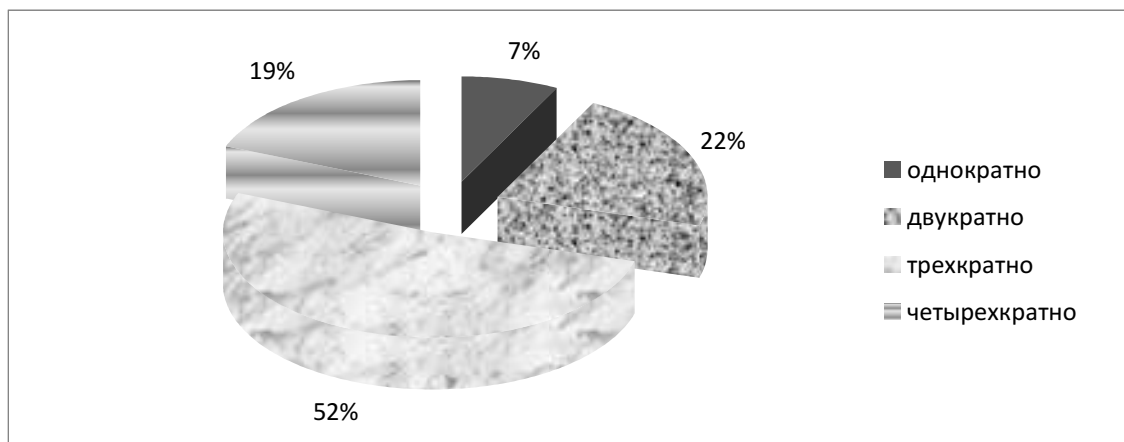


Рисунок 4. Кратность некрэктомий у больных с гнойным оментобурситом

Благоприятный исход лечения достигнут у 23 больных (88,5%). Смерть 2 пациентов (7,7%) связана с развитием полиорганной недостаточности на фоне прогрессирования гнойных осложнений, одной (3,8%) – с развитием аррозивного кровотечения из брюшного отдела аорты.

Отдельно следует выделить группу из 3 больных, у которых была предпринята попытка дренирования жидкостного образования под УЗ-контролем. Во всех трех случаях попытка увенчалась успехом и сальниковая сумка была санирована через установленные дренажи. Однако в последующем течение заболевания у 2 пациентов, сопровождающееся длительным выделением гнойного экссудата (более 7-10 дней) и его объемом (более 100 мл/сут), несмотря на ежедневные санации растворами антисептиков и консервативную терапию, заставило заподозрить наличие секвестрированных очагов некроза, поддерживающих воспалительный процесс. Это было установлено при повторной КТ и больные были оперированы стандартным полуоткрытым способом.

В ходе проведенных исследований получены следующие результаты:

1. Гнойный оментобурсит, представляет собой острое жидкостное образование, формирующееся в результате разрушения заднего листка брюшины над пораженной поджелудочной железой с последующим инфицированием (т.е. абсцесс).
2. Являясь наиболее часто встречающимся вариантом гнойно-септических осложнений деструктивного панкреатита, оментобурсит характеризуется отсутствием четких единых методических подходов к диагностике и хирургической тактике.
3. Диагноз гнойного оментобурсита служит абсолютным показанием к активной хирургической тактике, заключающейся в различных вариантах saniрующих вмешательств.

Работа выполнена в рамках Федеральной целевой программы ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009-2013 годы.

Список литературы

1. Боженков Ю.Г., Щербюк А.Н., Шалин С.А. Практическая панкреатология – Н.Новгород, 2003 – 208 с.
2. Бубнова Н.А., Акинчиц Л.Г., Чаленко В.В., Петров С.В., Бояркин Г.М., Маслевцов Д.В. Современные особенности хирургического сепсиса. // Матер. научно-практ. конф. "Гнойные заболевания и инфекционные осложнения в хирургии" – СПб – 1997 – с. 42-43.

3. Даценко Б.М., Мартыненко А.П., Гальперин М.Л.и др. Клинико-морфологические подходы к выбору лечебной тактики при остром панкреатите //Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы: Тез. докл. Всесоюз. науч. конф. – Киев – 1988. - С. 20 - 21.
4. Костырной А.В. Тактика хирурга при гнойно-некротических осложнениях острого панкреатита // Клінічна хірургія. - 2000. - № 5. - С. 57-58.
5. Рудаков А.А., Дуберман Б.Д. Панкреатическая инфекция // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - Т. 3, № 2. - С. 94-99.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р.и др. Острый панкреатит как проблема ургентной хирургии и интенсивной терапии [электронный ресурс]/ URL: <http://www.consilium-medicum.com/medicum/article/11857/> (дата обращения 29.11.2012)
7. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит в свете современных представлений о сепсисе. - Анналы хирургии –М. 1999 – 5 – с. 26-9.
8. Buchler M.W., Gloor B., Muller C.A., Friess H., Seiler C.A., Uhl W. Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection/ Ann. Surg. - 2000. - № 5. - P. 619 - 626.
9. Rattner D.W., Legermate D.A., Lee M.J. et al. Early surgical debridement of symptomatic pancreatic necrosis is beneficial irrespective of infection / Am J Surg – 1992 - 163(1) – p. 105-10.

Рецензенты:

Сарвилина Ирина Владиславовна, д.м.н., ген. директор медицинского центра «Новомедицина», ведущий научный сотрудник ЗАО НПО «Европа-Биофарм», г. Ростов-на-Дону.

Масляков Юрий Степанович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой «Фармакология и клиническая фармакология» ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону.