

© CC 0 Коллектив авторов, 2020
 УДК 616.37-002-002.4-06:617.553-002.36+616.342-089.86]-089.81-036.8
 DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-2-51-54

ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ МИНИ-ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО СУБТОТАЛЬНОЙ ЗАБРЮШИННОЙ ФЛЕГМОЙ И НЕСФОРМИРОВАННЫМ СВИЩОМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Е. Г. Григорьев^{1, 2*}, А. В. Александров³, Е. А. Чижова², В. И. Капорский³

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иркутск, Россия

² Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», г. Иркутск, Россия

³ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутская областная клиническая больница», г. Иркутск, Россия

Поступила в редакцию 26.11.19 г.; принята к печати 01.04.20 г.

Представлено клиническое наблюдение пациента с острым панкреатитом, полиорганной недостаточностью, анурией, панкреатогенным шоком, осложнившимся инфицированием, распространенной забрюшинной флегмоной, несформированным свищом двенадцатиперстной кишки, постнекротическим сахарным диабетом. Проведено чрескожное мини-инвазивное дренирование забрюшинного гнойника под ультразвуковым контролем. Назначен Соматулин. Для санации использована ирригационно-эвакуационная система.

Ключевые слова: некротический панкреатит, панкреатогенный шок, забрюшинная флегмона, свищ двенадцатиперстной кишки, мини-инвазивное лечение

Для цитирования: Григорьев Е. Г., Александров А. В., Чижова Е. А., Капорский В. И. Отдаленный результат мини-инвазивного лечения некротического панкреатита, осложненного субтотальной забрюшинной флегмоной и несформированным свищом двенадцатиперстной кишки. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2020;179(2):51–54. DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-2-51-54.

* **Автор для связи:** Евгений Георгиевич Григорьев, ИНЦХТ, 664003, Россия, г. Иркутск, ул. Борцов Революции, д. 1. E-mail: egg@iokb.ru.

LONG-TERM RESULT OF MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF NECROTIC PANCREATITIS COMPLICATED BY SUBTOTAL RETROPERITONEAL PHLEGMON AND UNFORMED DUODENAL FISTULA

Eugene G. Grigoryev^{1, 2*}, Alexander V. Alexandrov³, Elena A. Chizhova², Viacheslav I. Kaporskiy³

¹ Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

² Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russia

³ Irkutsk Regional Clinic, Irkutsk, Russia

Received 26.11.19; accepted 01.04.20

The authors present the case report of the patient with acute pancreatitis, multiple organ failure, anuria, pancreatogenic shock complicated by infection, diffused retroperitoneal phlegmon, unformed duodenal fistula, postnecrotic insular diabetes. Percutaneous catheter drainage of retroperitoneal abscess was performed under ultrasonic guidance. Therapy included somatuline. Irrigation-evacuation original system was used for debridement.

Keywords: necrotic pancreatitis, pancreatogenic shock, retroperitoneal phlegmon, duodenal fistula, miniinvasive treatment

For citation: Grigoryev E. G., Alexandrov A. V., Chizhova E. A., Kaporskiy V. I. Long-term result of minimally invasive treatment of necrotic pancreatitis complicated by subtotal retroperitoneal phlegmon and unformed duodenal fistula. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2020;179(2):51–54. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-2-51-54.

* **Corresponding author:** Eugene G. Grigoryev, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, 1, Bortsov Revolyutsii str., Irkutsk, 664003, Russia. E-mail: egg@iokb.ru.

Введение. «На протяжении жизни одного врачебного поколения острый панкреатит из заболевания казуистического стал едва ли не самой частой формой "острого живота", уступая лишь аппендициту и холецистититу», – написал в 1982 г. В. М. Лашевкер [1]. Эта тенденция сохраняется: число пациентов с некротическим острым панкреатитом (ОП) постоянно увеличивается [2].

Молниеносное течение ОП нередко сопровождается панкреатогенным шоком с развитием полиорганной недостаточности, которая в 15 % наблюдений приводит к летальному исходу [3]. У выживших пациентов при таком варианте течения процесса, как правило, развивается массивное инфицирование брюшинной клетчатки с последующим ее секвестрированием [4], и летальность при этом достигает 85,7 % [3]. При распространенном брюшинном нагноении описано развитие дигестивных (чаще толстокишечных) свищей. Летальность в этой группе больных колеблется в пределах 43,6–64,3 % в зависимости от уровня и числа свищей, а также варианта хирургического лечения [5]. Качество жизни пациентов, перенесших инфекционные деструктивные осложнения ОП и открытые дренирующие операции, достоверно ниже, чем после мини-инвазивных вмешательств [4, 6]. В обзоре литературы [7], посвященном мини-инвазивным технологиям лечения инфицированного панкреонекроза, закрытое лечение брюшинной флегмоны, осложненной дигестивным свищом, не обсуждается.

Клиническое наблюдение. Пациент 1966 г. р., житель Москвы, доставлен в клинику 24.07.2010 г. через 22 ч от начала заболевания. Из анамнеза известно, что после обеда

(омуль горячего копчения), который не включал в себя алкоголь, появились сильные боли в животе и многократная рвота. При поступлении состояние тяжелое (АРАСНЕ II – 26 баллов), боли в эпигастриальной и подреберной областях, левой половине грудной клетки, непрерывная мучительная тошнота и частая необильная рвота. Пациент крепкого телосложения с избыточной массой тела (рост – 174 см, вес – 90 кг, индекс массы тела – 30,7). Кожа лица загоревшая, губы бледные, язык обложен желто-серым налетом. Живот умеренно и равномерно увеличен в объеме. Передняя брюшная стенка участвует в дыхании. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, где определяется объемное образование без четких границ. Положительный симптом Мэйо – Робсона. Аускультативно – перистальтика кишечника ритмичная, вялая. При перкуссии грудной клетки в задне нижних отделах слева определяется укорочение звука, там же дыхание ослаблено. Хрипов нет. Артериальное давление – 160/105 мм рт. ст., пульс – 132 уд./мин. Ректальное исследование: сфинктеры в тонусе, ампула прямой кишки свободна, нависания передней стенки нет, ее пальпация безболезненна. На перчатке следы кала обычного цвета.

Фиброгастроскопия: в желудке минимальное количество жидкости с примесью желчи, выраженный гастродуоденит, мелкоочечные кровоизлияния в слизистой оболочке, преимущественно двенадцатиперстной кишки. Мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости: тотальный панкреонекроз, массивный парапанкреальный инфильтрат, ферментативный ретроперитонеум. Минимальное количество жидкости во фланках брюшной полости.

Катетеризовано эпидуральное пространство (Т9-10), начаты продленное обезболивание (Наропин), коррекция волеических нарушений, нутритивная поддержка (Кабивен + Дипептивен), Октреотид, антиферментные препараты, антибиотики (Тиенам 3 г в сутки), иммунозаместительная терапия (Пентаглобин 5 мл/кг в течение 72 ч).

Несмотря на проводимое лечение, состояние пациента ухудшалось (АРАСНЕ II – 29 баллов), прокальцитониновый

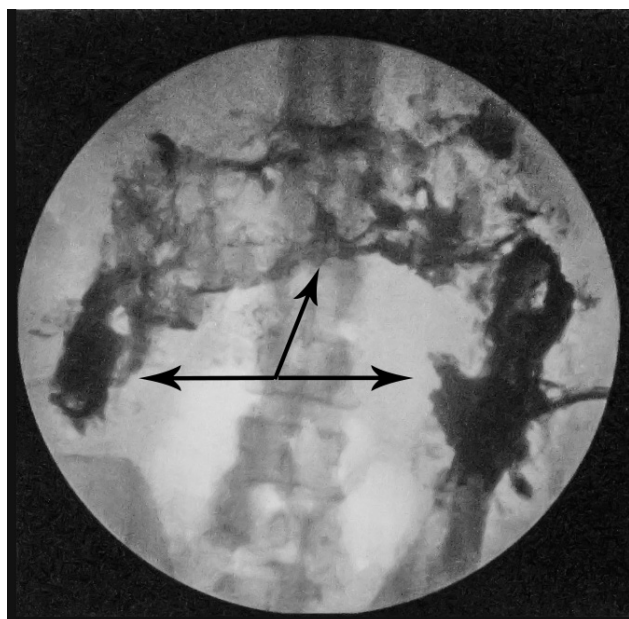


Рис. 1. Рентгенограмма живота с контрастированием брюшинного пространства: обширная брюшинная полость (стрелки)

Fig. 1. Roentgenogram of the abdomen with contrast enhancement of the retroperitoneal space: vast retroperitoneal cavity (arrows)

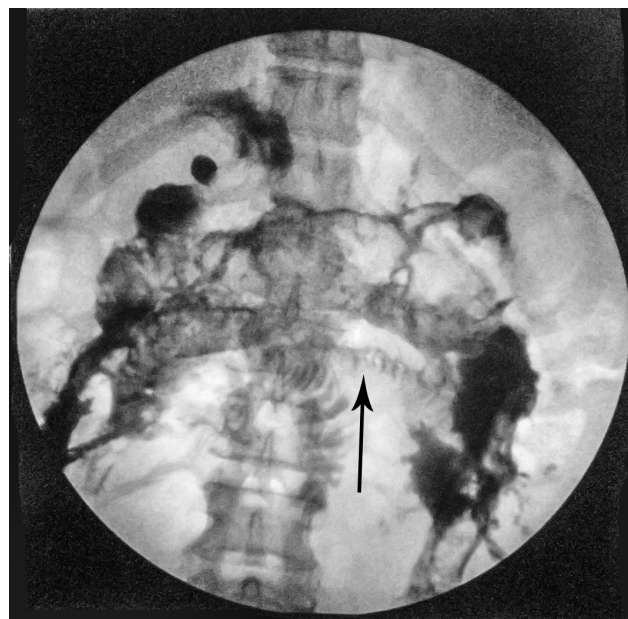


Рис. 2. Контрольная фистулография. Контрастное вещество из брюшинной полости поступает в просвет нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (стрелка)

Fig. 2. Cheking fistulography. The contrast agent passes from the retroperitoneal cavity into the lumen of the duodenum lower horizontal branch (arrow)

тест – 2. Прогрессировала полиорганная дисфункция. На 2-е сутки после поступления развилась анурия. Начата гемодиализация (9 сеансов), гемодиализация (7 сеансов), дискретный плазмаферез (1 сеанс). В связи с нарастающей дыхательной недостаточностью переведен на искусственную вентиляцию легких в режиме Duo PAP, FiO₂ – 50–70 %. Продолжена интенсивная терапия. Начата зондовая нутритивная поддержка (Nutrisone Energy). По поводу постнекротического сахарного диабета средней степени тяжести (заключение эндокринолога) проводилась внутривенная инсулинотерапия с использованием дозатора В. Braun.

На 10-е сутки после поступления состояние с тенденцией к стабилизации. Переведен на самостоятельное дыхание с неинвазивной поддержкой. Продолжена антибактериальная (Меронем, Зивакс) и противогрибковая терапия (Кансидас 50 мг в сутки № 7). На 12-е сутки восстановлен диурез. На 15-е сутки переведен в профильное отделение с нормальными показателями гемодинамики и температуры.

На следующий день при контрольном ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаружены жидкостные скопления в забрюшинном пространстве. В подвздошных областях выполнено чрескожное дренирование, получено 600,0 мл содержимого темно-коричневого цвета без запаха. При микробиологическом исследовании роста флоры не обнаружено. Нефункциональные дренажи удалены на 5-е сутки после установки. 25.08.2010 г. появились боли в левой пояснично-подвздошной области, где пальпировался умеренно болезненный инфильтрат. 31.08.2010 г. выполнено редренирование забрюшинного пространства слева под контролем УЗИ. Эвакуирован гной без запаха (в посевах 1 млн КОЕ HPSA) общим объемом 100 мл в сутки. Выполнено чрездренажное контрастирование забрюшинного пространства – обширная парапанкреальная, параколическая (с обеих сторон), парадуоденальная полость (рис. 1).

В поясничной области справа установлен под контролем УЗИ дополнительный дренаж. Начата ирригационно-эвакуационная санация забрюшинной флегмоны. На фоне этиотропной терапии (Зивакс 1200 мг в сутки в течение 15 дней) в посевах содержимого забрюшинного пространства сохранялась высокая концентрация метициллин-резистентного стафилококка (10⁶–10⁷). Назначен Тигацел (500 мг 2 раза в сутки). Нормализовались температура тела, гематологические показатели. Рост микрофлоры в этапных исследованиях отсутствует. Клинически и рентгенологически диагностирован левосторонний экссудативный плеврит – пункционно эвакуировано 700 мл соломенного цвета прозрачного трансудата, не содержащего амилазу, без роста микрофлоры. При контрольной фистулографии 22.10.2010 г. установлена связь забрюшинной полости с просветом нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки ближе к дуоденоюанальному переходу (рис. 2).

Примеси желудочно-дуоденального содержимого в отделяемом по дренажам не было. При рентгеноскопии с пероральным приемом водорастворимого контрастного вещества признаков поступления его из двенадцатиперстной кишки в брюшную полость или забрюшинное пространство не обнаружено. Назначен Соматулин 1,0 № 3. 15.12.2010 г. констатирована редукция забрюшинных гнойных полостей, закрылся дуоденальный свищ. Температура тела нормальная. Аппетит удовлетворительный. Стул ежедневный, обычный. Клинически и по данным УЗИ жидкости в плевральных полостях нет. Желчный пузырь – 54×19 мм, содержимое однородное. Печень без структурных изменений. Поджелудочная железа: головка – 21 мм, тело – 15 мм, хвост – 14 мм. В брюшной полости и забрюшинном пространстве жидкости нет. Масса тела – 70 кг, ИМТ – 23,1. В общем анализе крови отмечено

снижение гемоглобина до 97 г/л и увеличение СОЭ (40 мм/ч). Остальные показатели в пределах нормы. При биохимических исследованиях крови на фоне инсулинотерапии (Лантус, Новоропид) отмечается умеренное повышение уровня глюкозы (7,8 ммоль/л). 22.12.2010 г. пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Анкетирован 19.09.2019 г. Жалоб нет. Масса тела – 91 кг, рост – 173 см, ИМТ – 30,41. Стул ежедневный. Режим питания и характер пищи без ограничений, ежедневно 200 мл сухого белого вина. Принимает инсулинозамещающие препараты: Лантус 24 ед, Хумалог 20 ед. Качество жизни оценивает как хорошее.

Заключение. В представленном наблюдении пациент поступил со стерильным тотальным некротическим панкреатитом, панкреатогенным шоком. Многокомпонентная интенсивная коррекция полиорганной недостаточности позволила нормализовать показатели гомеостаза. Инфекционные осложнения реализовались в варианте распространенной забрюшинной флегмоны, свища двенадцатиперстной кишки. На фоне ирригационно-эвакуационной санации гнояника, антибактериальной терапии, назначения Соматулина воспалительный процесс ликвидирован. Дефект стенки двенадцатиперстной кишки закрылся. Мини-инвазивная санация забрюшинной флегмоны без открытого травматического вмешательства обеспечила эффективную реабилитацию пациента в ближайшем и отдаленном периодах после завершения лечения и высокое качество жизни.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лашевкер В. М. Острый панкреатит (клиника, диагностика, лечение). Киев : Здоров'я, 1982. 167 с.
2. Baril N. B., Ralls P. W., Wren S. M. et al. Does an infected peripancreatic fluid collection or abscess mandate operation? // Ann. Surg. 2000. Vol. 231, № 3. P. 361–367. Doi: 10.1097/00006558-200003000-00009.
3. Werner J., Buchler M. W. Infectious complications in necrotizing pancreatitis // Zentralbl. Chir. 2007. Vol. 132, № 5. P. 433–437. Doi: 10.1055/s-2007-981272.
4. Отдаленные результаты лечения тяжелого острого панкреатита / А. С. Ермолов, Д. А. Благовестнов, М. Л. Погаль, Д. А. Омелянович // Хирургия : Журн. им. Н. И. Пирогова. 2016. № 10. С. 11–15. Doi: 10.17116/hirurgia20161011-15.

5. Григорьев Е. Г., Садах М. В., Гельфанд С. А. и др. Этапное лечение большой инфицированным панкреонекрозом, осложнившимся некротическим мезо- и параколитом и множественными толстокишечными свищами (клиническое наблюдение) // *Инфекции в хир.* 2008. № 4. С. 56–57.
6. Шантуров В. А., Коган А. С., Бойко Т. Н. и др. Пункционно-дренирующая санация гнойников брюшной полости: исчерпывающий ли метод лечения? // *Хирургия: Журн. им. Н. И. Пирогова.* 2000. № 12. С. 12–14.
7. Алиев С. А., Алиев Э. С. Малоинвазивные технологии в хирургии инфицированного панкреонекроза: возможности и перспективы // *Вестн. хир. им. И. И. Грекова.* 2017. № 6. С. 106–110. Doi: 10.24884/0042-4625-2017-176-6-106-110.
3. Werner J., Buchler M. W. Infectious complications in necrotizing pancreatitis. *Zentralbl. Chir.* 2007;132(5):433–437. Doi: 10.1055/s-2007-981272.
4. Ermolov A. S., Blagovestnov D. A., Rogal' M. L., Omel'yanovich D. A. Otdalennyye rezul'taty lecheniya tyazhelogo ostrogo pankreatita. *Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova.* 2016;10:11–15. (In Russ.). Doi: 10.17116/hirurgia20161011-15.
5. Grigoryev E. G., Sadakh M. V., Gelfand S. A., Kaporskiy V. I., Boyko T. N., Spasov G. P., Dvoryanov Ya. V. Etapnoye lecheniye bol'noy infitsirovannym pankreonekrozom, oslozhnivshimsya nekroticheskim mezo- i parakolitom i mnozhestvennymi tolstokishechnymi svishchami (klinicheskoye nablyudeniye). *Infektsii v khirurgii.* 2008;4:56–57. (In Russ.).
6. Shanturov V. A., Kogan A. S., Boyko T. N., Fadeyeva T. V., Gumerov R. R., Grigoryev E. G. Punksionno-dreniruyushchaya sanatsiya gnoynikov bryushnoy polosti: ischerpyvayushchiy li metod lecheniya? *Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova.* 2000;12:12–14. (In Russ.).
7. Aliyev S. A., Aliyev E. S. Maloinvazivnyye tekhnologii v khirurgii infitsirovannogo pankreonekroza: vozmozhnosti i perspektivy. *Vestnik khirurgii.* 2017;6:106–110. (In Russ.). Doi: 10.24884/0042-4625-2017-176-6-106-110.

REFERENCES

1. Lashchevker V. M. *Ostryy pankreatit (klinika, diagnostika, lecheniye).* Kiev, Zdorov'ya, 1982:167. (In Russ.).
2. Baril N. B., Ralls P. W., Wren S. M., Selby R. R., Radin R., Parekh D., Jabbour N., Stain S. C. Does an infected peripancreatic fluid collection or abscess mandate operation? *Ann. Surg.* 2000;231(3):361–367. Doi: 10.1097/00000658-200003000-00009.

Информация об авторах:

Григорьев Евгений Георгиевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, научный руководитель, Иркутский научный центр хирургии и травматологии, зав. кафедрой госпитальной хирургии, Иркутский государственный медицинский университет (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0002-5082-7028; **Александров Александр Васильевич**, зав. отделением анестезиологии-реанимации № 4, Иркутская областная клиническая больница (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0003-0065-0276; **Чижова Елена Анатольевна**, кандидат медицинских наук, врач ультразвуковой диагностики, Иркутский научный центр хирургии и травматологии (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0001-5331-0043; **Капорский Вячеслав Иннокентьевич**, кандидат медицинских наук, зав. отделением гнойной хирургии, Иркутская областная клиническая больница (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0002-9163-2649.

Information about authors:

Grigoryev Eugene G., Dr. of Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Scientific Supervisor, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Head of the Department of Hospital Surgery, Irkutsk State Medical University (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0002-5082-7028; **Alexandrov Alexander V.**, Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation No. 4, Irkutsk Regional Clinic (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0003-0065-0276; **Chizhova Elena A.**, Cand. of Sci. (Med.), Sonologist, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0001-5331-0043; **Kaporskiy Viacheslav I.**, Cand. of Sci. (Med.), Head of the Department of Purulent Surgery, Irkutsk Regional Clinic (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0002-9163-2649.