

А.М. Зайнутдинов, И.С. Малков, Г.Е. Ярошкевич.

ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, 420012, г. Казань, ул. Муштари, 11

Эффективность SONOCA-185 у пациента с панкреонерозом.

Зайнутдинов Азат [Минвагизович- zainoutdinov@mail.ru](mailto:zainoutdinov@mail.ru), 420141, г. Казань, ул. Фучика 52-270, 89172682534, заведующий отделением хирургии ГАУЗ РКБ № 2, к.м.н., доцент кафедры хирургии ГБОУ ДПО КГМА.

Малков Игорь Сергеевич – ismalkov@yahoo.com, 420139, г.Казань, ул. Зорге 101-113, 89655944007, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ДПО КГМА.

Ярошкевич Глеб Евгеньевич – kznyaroshkevich@gmail.com, 420104, Казань, ул. Гарифьянова 9А, кв. 25, 89172388292, врач-патологоанатом ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г.Казани.

Реферат

Эффективность SONOCA-185 у пациента с панкреонерозом.

Зайнутдинов Азат Минвагизович, к.м.н., доцент кафедры хирургии ГБОУ ДПО КГМА.

Малков Игорь Сергеевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ДПО КГМА.

Ярошкевич Глеб Евгеньевич, врач-патологоанатом ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г.Казани.

В клиническом случае описано применение SONOCA-185 у больного И. с панкреонекрозом. У погибшего пациента И., 46 лет вследствие развития двухсторонней полисегментарной пневмонии было проведено 6 сеансов обработки аппаратом SONOCA – 185. Обработка проводилась в сформированных полостных образованиях после вскрытия абсцессов брюшинного пространства и в области дренажей сальниковой сумки с режимом работы аппарата от 0 до 20% и от 20% до 40% в течении 1,5 минуты. Данные гистологические исследования ткани поджелудочной железы, парапанкреатического пространства демонстрируют купирование воспаления в поджелудочной железе и

парапанкреатической клетчатки в виде атрофии паренхимы поджелудочной железы, разрастание межуточной соединительной ткани с лимфоидной инфильтрацией соединительной ткани, липоматоза поджелудочной железы, сохраненных лангергансовых островков среди соединительной ткани. Таким образом, под влиянием ультразвуковой обработки аппаратом SONOCA-185 инфицированные полостные образования интенсивно очищаются от гнойного отделяемого, ликвидируется гнойный выпот, налет фибрина.

Ключевые слова: Панкреонекроз – Ультразвуковая обработка – Sonoca 180.

A.M. Zainutdinov, I.S. Malkov, G.E. Yaroshkevich.

Kazan State Medical Academy, Mushtari str., 11, Kazan, Russian Federation, 420012

The abstract

Zainutdinov Azat Minvagizovich, assistant professor of department surgery KSMA, MD.

Malkov Igor Sergeevich, head of department surgery KSMA, professor, PhD.

Yaroshkevich Gleb Evgenievich, doctor pathologist at GAUZ “City clinical hospital №7” Kazan city.

In a clinical case use of SONOCA-185 for the patient I. is described. with a pancreatonecrosis. At the died patient I., 46 years owing to development of bilateral polysegmentary pneumonia were spent 6 sessions of debridment by the ultrasonic device SONOCA – 185. Processing was carried out in the cavities after opening of abscesses of retroperitoneal space and in the field of drainages of an omental bag with an operating mode of the device from 0 to 20% and of 20% to 40% within 1,5 minutes. These histological researches of a tissue of a pancreas, parapancreatic space show stopping of an inflammation in a pancreas and a parapancreatic fat in the form of a pancreas parenchyma atrophy, growth of an interstitial connecting tissue with lymphoid infiltration of a connecting tissue, lipomatoz of a pancreas, the islands kept the langergans among a connecting tissue. Thus, under the influence of ultrasonic debridment by the device SONOCA-185 the infected cavities intensively are cleared of purulent exudation, the purulent exudate, a fibrin raid is liquidated.

KEYWORDS: Acute pancreatitis – Laparoscopy - Sanation.

Введение.

Летальность при инфицированном панкреонекрозе составляет от 20% до 62% и выше [1-3], особенно при традиционных хирургических подходах.

Наиболее безопасными и эффективными методами лечения панкреонекроза являются [4-5] малоинвазивные методы лечения у больных с острым деструктивным панкреатитом. Использование ультразвуковой санации при панкреонекрозе находят все больше сторонников и имеют дальнейшую перспективу развития [4].

Материал и методы исследования.

Пациент Исмагилов Ильдус Ильясович 21.05.1970 г р находился на лечении в отделении хирургии № 2 ГАУЗ ГКБ№ 7с 02.11.16 по 13.04.17 с диагнозом: Острый гнойный панкреонекроз, тяжелое течение. Гнойный парапанкреатит. Гнойный параколит, забрюшинная флегмона справа. Эрозивный гастрит, кровопотеря легкой степени тяжести. Вторичный гнойный менингоэнцефалит, стадия разрешения с исходом в вегетативное состояние. Двухсторонний гнойный пансинусит. Двухсторонняя полисегментарная пневмония. Пролежень крестца, голеней.

Поступил по экстренным показаниям с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, выраженную слабость, сухость во рту.

При объективном осмотре состояние средней степени тяжести, сознание ясное, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД-16 в минуту, А/Д-120/80 мм РТ ст, температура 36,6, пульс 70 в минуту. Язык сухой, живот не вздут, умеренно напряжен, болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме.

По данным УЗИ- увеличение головки поджелудочной железы до 41 мм. По РКТ-признаки деструктивного панкреатита. По данным ФГДС – эрозивный гастрит, признаки состоявшегося кровотечения, дуоденит.

Пациент госпитализирован в отделение хирургии.

Получал антибактериальную терапию, инфузионную терапию, ингибиторы протеаз, антациды, гемостатическую терапию.

6.11.16 нарушение сознания, переведен в отделение реанимации с проведением ИВЛ. Консультирован неврологом, лором с проведением РКТ, люмбальной пункции.

Специалистами выставлен диагноз: Вторичный гнойный менингит. Гнойный пансинусит. Двухсторонняя полисегментарная пневмония. Проводилась санационная пункция гайморовых пазух.

09.11.16 трахестомы на фоне продолжительного ИВЛ. Интенсивная терапия в виде инфузионной терапии, антибиотиков: цефтриаксон 1,0 – 2 раза в день внутримышечно, имипенем-циластатин 1,0 – 3 раза внутривенно, ципрофлоксацин 200 мг – 2 раза внутривенно, ванкомицин 1,0-2 раза внутривенно, пероральное зондовое питание, санация ТБЛ.

С учетом отрицательной неврологической динамики 16.11.16 пациент переведен в неотложную неврологию в реанимацию, где проходил лечение.

09.12.2016 выявлен забрюшинный абсцесс справа. Пациент переведен в хирургию № 2.

09.12.2016 Операция: дренирование забрюшинного пространства под УЗ контролем. Продолжено лечение в условиях реанимации.

С учетом появления наличия больших секвестров и детрита установлены показания для вскрытия абсцесса.

21.12.2016 операция-вскрытие, дренирование забрюшинного абсцесса справа. Полость абсцесса санирована.

По КТ, УЗИ выявлено формирование парапанкреатического абсцесса слева 26.01.2017 проведена операция: дренирование парапанкреатического абсцесса слева под УЗ контролем.

С учетом формирования секвестров, признаков абсцедирования установлены показания для вскрытия абсцесса.

31.01.2017 операция: двухсторонняя люмботомия, панкреатонекрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинных пространств. На фоне интенсивного лечения в условиях реанимации, проведения ультразвуковой обработки ран аппаратом SONOCA-185. Обработка проводилась аппаратом SONOCA – 185 в сформированных полостных образованиях после вскрытия абсцессов забрюшинного пространства и в области дренажей сальниковой сумки с режимом работы аппарата от 0 до 20% и от 20% до 40% в течении 1,5 минуты на глубине раны от 6 до 9 см. Раны очистились от гнойного отделяемого и фибрина, покрылись грануляциями с тенденцией к заживлению, дренажи удалены.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию в условиях реанимации 13.04.2017 в 8.35 наступила смерть.

Заключительный клинический диагноз совпадает с патологоанатомическим.

Острый гнойный панкреонекроз, тяжелое течение. Гнойный парапанкреатит. Гнойный параколит. Забрюшинная флегмона справа. Эрозивный гастрит, осложненный кровотечением. Кровопотеря легкой степени тяжести. Состояние после трахеостомии от 09.11.16.

Состояние после вскрытия и дренирования забрюшинного абсцесса справа от 21.12.2016.

Состояние после дренирования парапанкреатического абсцесса слева под УЗ-контролем от 26.01.2017.

Состояние после двухсторонней люмботомии, панкреатонексеквестрэктомии, дренирования забрюшинных пространств от 31.01.2017.

Вторичный гнойный менингоэнцефалит, стадия разрешения с исходом в вегетативное состояние. Двухсторонний гнойный пансинусит. Пролежни крестца, голеней.

Двухсторонняя полисегментарная пневмония. Полиорганная недостаточность.

Результаты.

После патологоанатомического вскрытия проведены гистологические исследования поджелудочной железы на которых выявлено группа сохранившихся лангергансовых островков среди соединительной ткани. В поле зрения имеется единичный гипетрофированный островок среди соединительной ткани (рис.1, рис.2).

Рис. № 1. Ткань поджелудочной железы пациента И., 46 лет после ультразвуковой обработки аппаратом «SonoSca-185» мощностью 0-20% и 20-40%. Окраска гематоксилин-эозин, X 2.

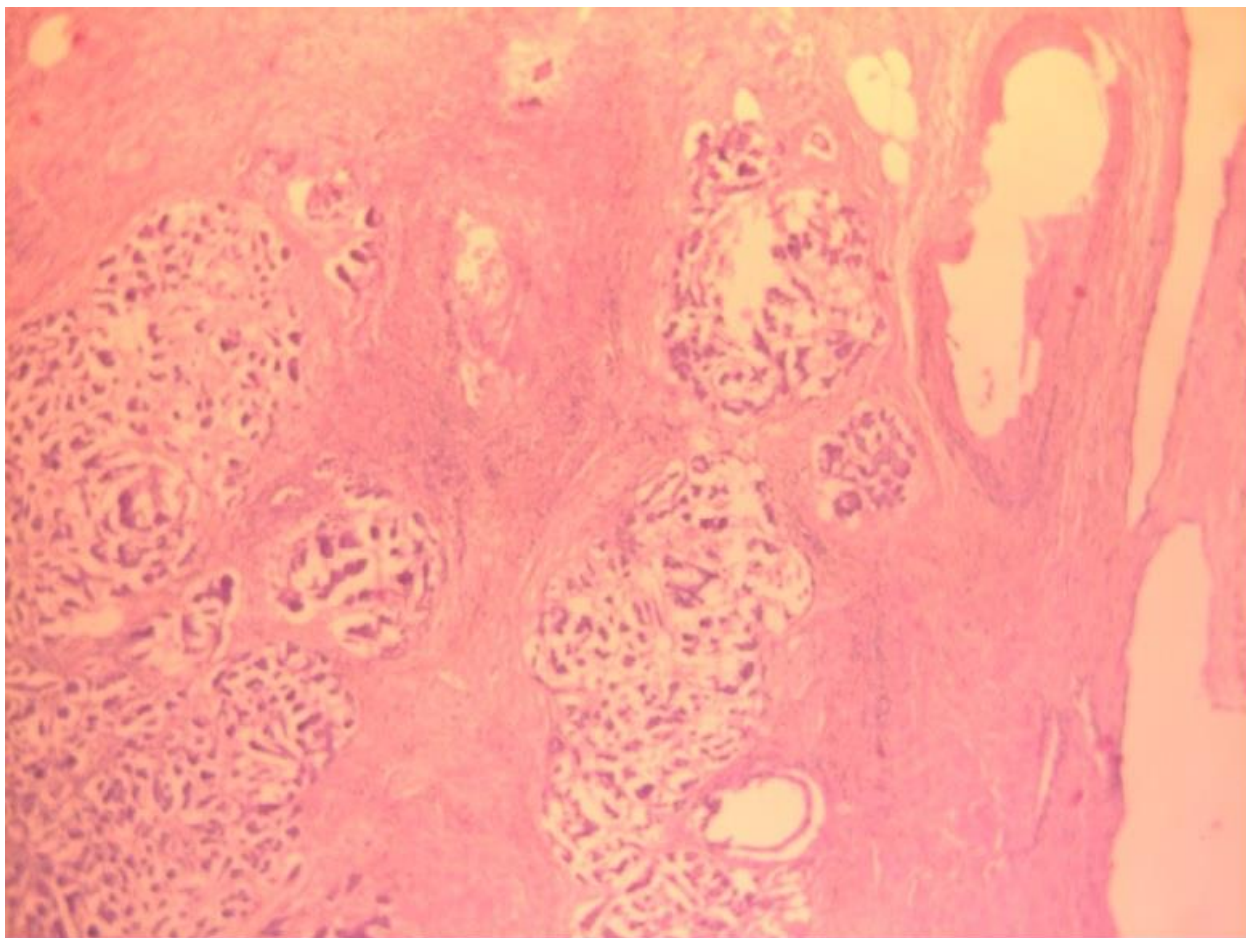
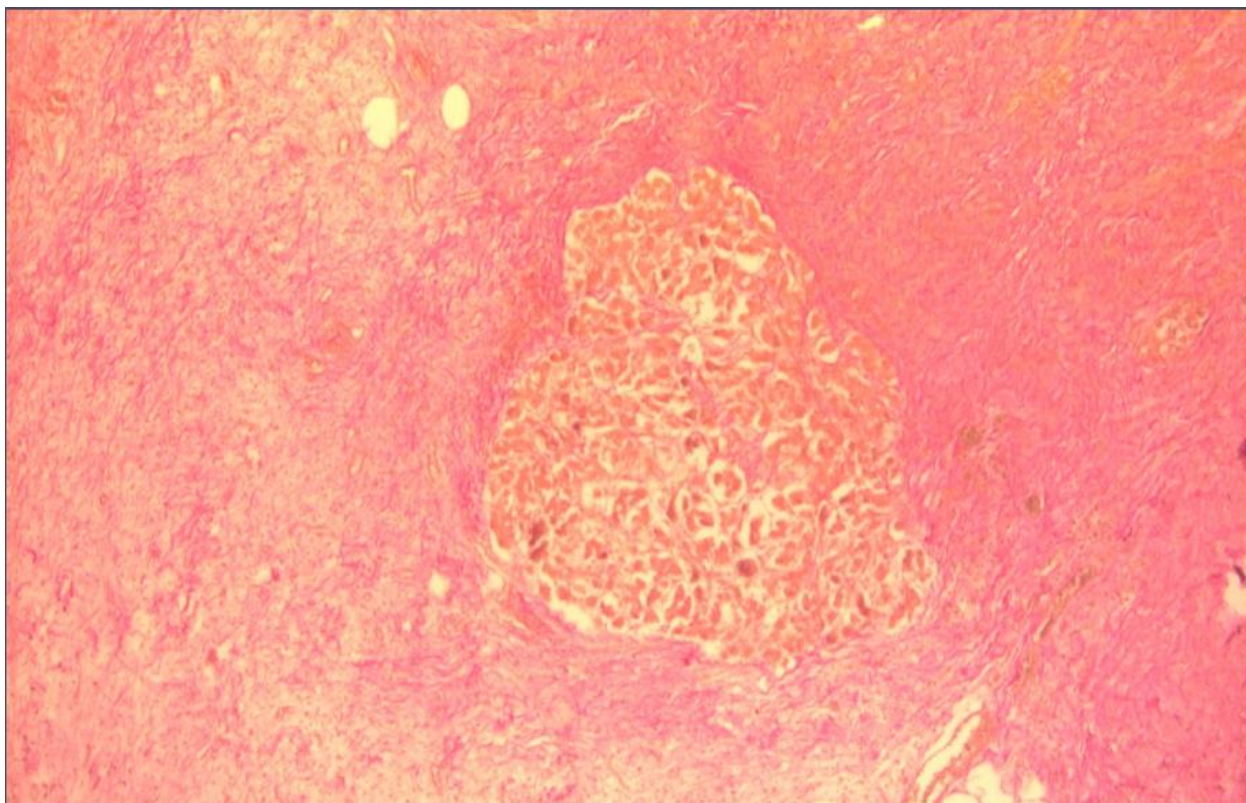
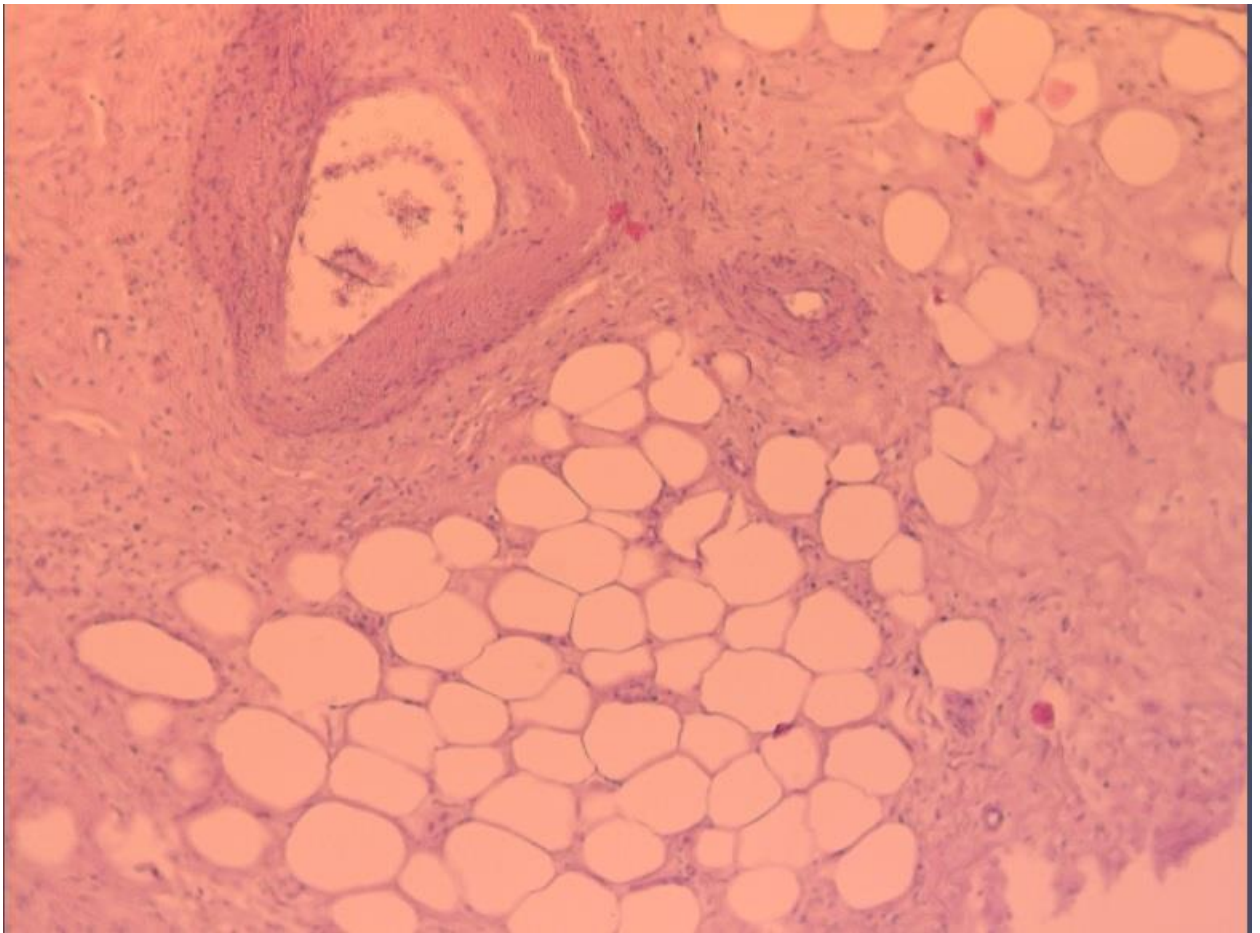


Рис. № 2. Ткань поджелудочной железы пациента И., 46 лет после ультразвуковой обработки аппаратом «Sonosa-185» мощностью 0-20% и 20-40%. Окраска Ван-Гизон, X 5.



Определяется атрофия паренхимы поджелудочной железы, разрастание межучной соединительной ткани с лимфоидной инфильтрацией соединительной ткани. В области поджелудочной железы имеется липоматоз с очагами атрофии поджелудочной железы. По гистологической картине имеется панкреонекроз в фазе репарации (рис.3).

Рис. № 3. Ткань поджелудочной железы пациента И., 46 лет после ультразвуковой обработки аппаратом «Sonosa-185» мощностью 0-20% и 20-40%. Окраска гематоксилин-эозин, X 10.



Данные гистологические исследования демонстрируют эффект купирования воспаления в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатки под воздействием 6 курсов с режимом работы от 0 до 20% и от 20% до 40% в течении 1,5 минуты в виде атрофия паренхимы поджелудочной железы, разрастание межлочной соединительной ткани с лимфоидной инфильтрацией соединительной ткани, липоматоза поджелудочной железы, сохраненные лангергансовы островки среди соединительной ткани..

Выводы

Таким образом, под влиянием ультразвуковой обработки аппаратом SONOCA-185 при инфицированном панкреонекрозе по данным гистологии демонстрируется купирование воспаления в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатки в виде атрофии

паренхимы поджелудочной железы, разрастание межлочной соединительной ткани с лимфоидной инфильтрацией соединительной ткани, липоматоза поджелудочной железы, сохраненных лангергансовых островков среди соединительной ткани. Инфицированные полостные образования интенсивно очищаются от гнойного отделяемого, ликвидируется гнойный выпот, налет фибрина, отмечается активная эпителизация.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В. -Минимальноинвазивные вмешательства на сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке в профилактике и лечении инфицированного панкреонекроза//Международный хирургический конгресс. 2003,-С.56.
2. Красильников Д.М. с соавт.- Хирургическая тактика у больных с деструктивными панкреатитами /// Практическая медицина № 5, 2008, с. 16-18
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения// Consilium Medicum, 2000, Том .2 N 6.- OnLine.
4. Beger H. G, Isenmann R. Surgical management of necrotizing pancreatitis // Surg. Clin. N. Amer. 1999. Vol., 79 - No. 4 – P. 793 –800.
5. Carter C.R., McKay C.J., Imrie C.W. Percutaneous necrosectomy and sinus tract endoscopy in the management of infected pancreatic necrosis: An initial experience. // Ann. of Surg. 2000. №232. P. 175-180.

REFERENCES

1. Galperin E.I., Djuzheva T.G., Dokuchaev K.V.-Minimalnoinvazivnye interventions on sальниковой to a bag and забрюшинной клетчатке in preventive maintenance and treatment infected панкреонекроза//the International surgical congress. 2003,-S.56.
2. Krasilnikov D.M.et al/ Surgical tactics in patients with pancreatitis destruktivnymi /// Practical Medicine № 5, 2008 p.16-18.
3. Savelyev V. S, Filimonov M. I, Gelfand B. R, Burnevich S.Z. Destructive pancreatitis: algorithm of diagnostics and treatment (the Project is made on materials of IX All-Russia

congress of the surgeons who have taken place on September, 20-22th 2000r. In Volgograd.)//Consilium Medicum, 2000, Volume.2 N 6. OnLine.

4. Beger H. G, Isenmann R. Surgical management of necrotizing pancreatitis // Surg. Clin. N. Amer. 1999. Vol., 79 - No. 4 – P. 793 –800.
5. Carter C.R., McKay C.J., Imrie C.W. Percutaneous necrosectomy and sinus tract endoscopy in the management of infected pancreatic necrosis: An initial experience. // Ann. of Surg. 2000. №232. P. 175-180.