

УДК 616.37'002'031.11'089:616.381'072.1

К.В. Стегний, В.А. Мацак, Е.А. Хальченко,
И.В. Шульга

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморская краевая клиническая больница № 1
(г. Владивосток)

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, лапароскопия.

Актуальность проблемы лечения деструктивных форм острого панкреатита обусловлена значительным ростом количества больных и стабильно высокой летальностью, связанной с увеличением удельного веса осложненных форм острого панкреатита с тяжелым панкреатогенным шоком, полиорганной недостаточностью и гнойно-некротическими осложнениями [3].

В литературе отсутствует единый подход к хирургической тактике при этом труднопрогнозируемом заболевании. Проблема оптимального лечения здесь еще не решена. Большинство авторов выбор тактики определяют исходя из того, что острый деструктивный панкреатит (ОДП) протекает в три фазы [1, 4, 5]. Первая проявляется интоксикацией и панкреатогенным шоком, вторая — полиорганной недостаточностью, третья — некрозом паренхимы железы с последующим ее инфицированием и формированием парапанкреатических абсцессов и абсцессной флегмоны [2]. Отсутствие в современной панкреатологии единой тактики лечения ОДП, высокие показатели летальности и частоты гнойно-септических и других фатальных осложнений определили цель настоящего исследования — разработку диагностико-лечебного алгоритма при ОДП и его осложнениях.

Были поставлены следующие задачи: 1) разработать диагностические критерии ОДП, 2) определить показания к применению малоинвазивных технологий лечения этого заболевания, 3) дополнить малоинвазивные технологии «открытыми» оперативными методами.

В гастрохирургическом отделении Приморской краевой клинической больницы № 1 (база кафедры госпитальной хирургии ВГМУ) диагностическая и лечебная лапароскопия при осложненных формах острого панкреатита начала применяться с 1999 г. За данный период пролечено 434 больных (в 379 случаях диагностирована отечная форма острого панкреатита, в 57 — ОДП). Диагноз ставился на ос-

новании клинических, инструментальных и лабораторных данных. Имея круглосуточную возможность применения ультразвукового исследования поджелудочной железы, мы практически отказались от инвазивных методик в его пользу, но в отдельных случаях приходилось прибегать к urgentной лапароскопии.

В последние годы отмечается рост числа больных ОДП (рис. 1). В 40% случаев панкреатит развивался на фоне алиментарных эксцессов, в 40% — злоупотребления алкоголем, в 20% — желчно-каменной болезнью. Основную массу больных (66,8%) составили лица трудоспособного возраста.

Клиника заболевания, как правило, развивалась внезапно, начинаясь с приступов сильных болей в верхней половине живота, возникающих после погрешности в диете, приема алкоголя. Затем появлялась рвота, которая особенно часто наблюдалась при геморрагическом панкреонекрозе. Состояние больных с ОДП в подавляющем большинстве наблюдений было тяжелым. Характерны бледность кожных покровов, цианоз слизистых оболочек, желтушность склер. Вздутие живота, отмеченное почти во всех случаях, было обусловлено переходом воспалительного процесса на брыжейку поперечной ободочной кишки. У части больных развивался левосторонний плеврит. Олигурия присутствовала почти в 50% наблюдений. Амилаземия, диастазурия, гипергликемия имели место практически у всех больных. Практически все пациенты находились в панкреатогенном шоке с различной степенью выраженности.

Основные лечебные мероприятия начинались с консервативной терапии, включавшей введение раствора глюкозы, раствора Рингера-Локка и физиологического раствора в сочетании с форсированным диурезом. Попутно вводились спазмолитики, пентоксифиллин, глюкозо-новокаиновая смесь, анальгетики, ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс).

19

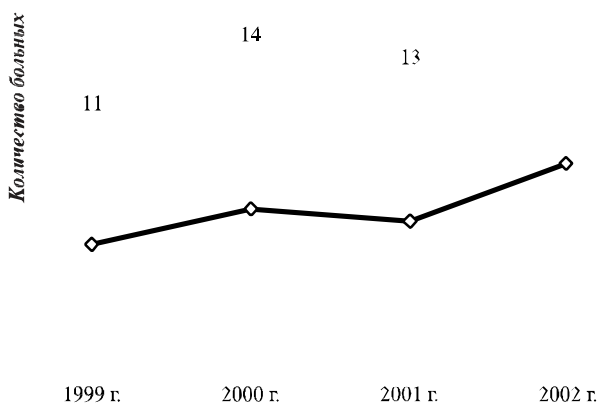


Рис. 1. Динамика ОДП в 1999-2002 гг. по данным гастрохирургического отделения ПККБ № 1.

С целью создания функционального покоя железы все больные находились на полном голоде, в течение нескольких дней проводилась назогастральная интубация и лаваж желудка с целью декомпрессии и профилактики стимуляции панкреатической секреции. Для угнетения функции железы вводились цитостатические препараты (5-фторурацил). Назначалась антибиотикотерапия (цефалоспорины). Проводилась коррекция расстройств кровообращения и нарушений гемокоагуляции, купировались явления эндогенной интоксикации (плазмаферез, лимфосорбция).

После этих мероприятий у части больных состояние улучшалось, проходили явления энцефалопатии, уменьшались одышка и тахикардия. Эти пациенты (23 человека) составили 1-ю группу наблюдения.

Во 2-ю группу были включены 20 больных, у которых на фоне клинического улучшения общего состояния продолжалась деструкция железы, нарастали явления ферментативного перитонита. Им в разные сроки после поступления выполнялись диагностическая фиброгастродуоденоскопия и лапароскопическое исследование с переводом после этого из диагностического мероприятия в лечебное. В 8 случаях были выполнены ретроградная холангиопанкреатография и папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией или без нее.

При лапароскопии в случае диагностики диффузной формы ферментативного перитонита дренировались брюшная полость и полость малого сальника, выполнялись наложение проточно-промывных систем и холецистостомия (при явлениях желчной гипертензии). В последующем дренажи промывались растворами антисептиков, ингибиторами ферментов.

Всем больным второй группы через каждые 3-4 дня проводился ультразвуковой контроль. В 6 случаях здесь на 6-9 сутки были диагностированы затеки в различных областях брюшной полости, которые пунктировались (иногда многократно) и дренировались по Сельдингеру тонким катетером с последующей санацией растворами антисептиков. Из этой группы умерло 3 человека (2 — от панкреатогенного шока, 1 — от полиорганной недостаточности).

В 3-ю группу вошли 14 пациентов, которых оперировали традиционным методом (открытая лапаротомия). Ранние операции (до трех суток от начала заболевания) были проведены 20 больным. Показанием к их выполнению явились прогрессирование перитонита, деструктивный холецистит, вклиненный камень большого дуоденального сосочка, парапанкреатическое скопление экссудата, неразрешаемого «закрытым» методом.

Поздние операции (после четырех суток от начала заболевания) выполнялись больным с острым деструктивным панкреатитом в стадии гнойно-некротических осложнений. Проводились широкая

лапаротомия, холецистэктомия с дренированием общего желчного протока (при желчной гипертензии), абдоминализация железы, вскрытие абсцессов с первичной секвестрэктомией, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, наложение оментобурсостомы для последующих программированных лапаротомий. В данной группе умерли 5 больных.

Таким образом, использование интенсивной патогенетической терапии и малоинвазивных методов хирургического лечения на ранних стадиях острого деструктивного панкреатита позволяет снизить тяжесть течения послеоперационного периода и уменьшить летальность при данной патологии.

Выводы

1. В фазе панкреатогенного шока острого деструктивного панкреатита и при дисфункции органов и систем показана консервативная патогенетическая терапия.
2. При ферментативном перитоните целесообразны лапароскопическая санация, дренирование брюшной полости и пункция затеков под контролем ультразвукового исследования.
3. Лапаротомия показана при осложнении острого деструктивного панкреатита гнойным перитонитом, деструктивным холециститом и гнойным парапанкреатитом.

Литература

1. Рудаков А.А., Дуберман Б.Л.// *Анналы хирургической гепатологии*. — 1998. — Т. 3, № 2. — С. 94-99.
2. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. *Острый панкреатит*. — М.: Медицина, 1983.
3. Терлецкий В.Н., Коновалов Е.П., Роцин Г.Г., Панасенко С.И.// *Анналы хирургической гепатологии*. — 1998. — Т. 3, № 3. — С. 294-295.
4. Филин В.И., Гидирим Г.П. *Острый панкреатит и его осложнения*. — Кишинев: Штиинца, 1982.
5. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. *Хирургия поджелудочной железы*. — Симферополь: Таврида, 1997.

Поступила в редакцию 05.12.03.

APPLICATION OF LITTLE INVASIVE SURGICAL PROCEDURES IN THE COURSE OF COMPLEX TREATMENT OF DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

K.V. Stegny, V.A. Matsak, E.A. Khalchenko, I.V. Shulga
Vladivostok State Medical University, Primorsky Regional Clinical Hospital № 1 (Vladivostok)

Summary — The article presents the treatment results and tactical approach to the patients who suffer from acute destructive pancreatitis, depending on the stage of the process, as well as the presence or absence of complications. At the initial stages of the disease it is recommended to use the pathogenetic conservative therapy to be complemented with laparoscopic sanitation of abdominal cavity. Laparotomy is indicated when developing purulent peritonitis, destructive cholecystitis and parapancraticitis.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 1, p. 28-29.