

УДК 617.7-007.681-089

*О.В. Розенко***АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОЧАГОВОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

В работе проанализированы результаты лечения 30 больных с очаговым панкреонекрозом, которые были разделены на две группы по 15 человек в каждой, необходимо отметить, что все больные получали комплексную интенсивную терапию. В 1 группе выполняли лечебно-диагностическую лапароскопию на 4-7 сутки после заболевания, во 2 группе – выполняли в 1 сутки. В результате лечения во 2 группе в 2 раза снизились гнойные и общесоматические осложнения, а также на 1,4% уменьшилась летальность у данной категории больных.

Ключевые слова: очаговый панкреонекроз, дренирование.

Несмотря на то, что острому панкреатиту принадлежит лидирующее положение в практике неотложной абдоминальной хирургии, существенно улучшить результаты его лечения пока еще не удается [1]. По частоте обращения за помощью в неотложной хирургии острый панкреатит занимает второе место после острого аппендицита. Заболеваемость острым панкреатитом в Украине составляет 6,7 на 10 000 населения (по регионам – от 3,03 до 11,78). Летальность при панкреонекрозе, по данным различных авторов варьирует от 25 до 70%. У 80-90% больных она обусловлена инфицированием очагов деструкции [1, 2, 5, 6]. Наиболее частыми причинами определяющими высокую летальность, большое число осложнений и инвалидизацию больных являются: несвоевременное выявление панкреонекроза, оценка тяжести заболевания, его прогноза и проведение адекватной интенсивной терапии; большая частота ранних оперативных вмешательств в связи с ошибками диагностики; использование неадекватных методов детоксикации и антибактериальной терапии; трудности различия системного ответа на воспаление и гнойного процесса; позднее выявление гнойных осложнений; ограниченное использование миниинвазивных методов дренирования; неадекватная частота планируемых санационных релапаротомий; отсутствие системы реабилитации больных, перенесших панкреонекроз [2-3].

Деструктивные формы панкреатита развиваются у 30% больных с воспалением поджелудочной железы [4]. Панкреонекроз при присоединении инфекции является субстра-

том для развития гнойных осложнений, таких как панкреатогенный абсцесс, флегмона забрюшинного пространства, гнойный перитонит. Несмотря на распространенность заболевания, в тактике лечения до настоящего времени остается много спорных вопросов: отсутствует единая концепция к показаниям и объему оперативного лечения, нет общепринятых схем консервативной терапии [5].

На сегодняшний день в отношении лечения больных ОП врачи считают необходимым придерживаться разумного сочетания как консервативных, так и оперативных методов коррекции, не противопоставляя их друг другу [6]. Компромиссом между сторонниками предельно радикального хирургического и консервативного лечения стало сочетание патогенетически обоснованной консервативной терапии с элементами малоинвазивной хирургии (лапароскопия, лапароцентез) [7]. Лапароскопия позволяет оценить степень ферментативного «поражения» брюшной полости, состояние поджелудочной железы, дренировать брюшную полость и сальниковую сумку, сформировать холецистостому [8, 9]. Преимуществами этого вмешательства являются малая травматичность и небольшая продолжительность [10].

Цель работы – провести сравнительный анализ ранних и поздних по сроку лечебно-диагностических лапароскопий при очаговом панкреонекрозе.

Материал и методы

В исследование вошло 70 пациентов с очаговым панкреонекрозом, находившихся на

стационарном лечении в Донецком городском панкреатическом центре на базе клиники хирургии факультета последипломного образования Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького с 2006 по 2010 год. У всех больных диагноз подтверждался данными УЗИ, КТ и лапароскопически. Больные были разделены на 2 равные группы. В первой (35 человек) – выполняли лечебно-диагностические лапароскопии на 4-7 сутки после начала заболевания. Основное количество больных данной категории поступили в клинику из других лечебных учреждений по различным причинам – недооценка тяжести общего состояния больного, отсутствие аппаратуры, специалистов и др. Во второй группе (35 человек) – выполняли лечебно-диагностические лапароскопии в первые сутки госпитализации.

В момент поступления больных в стационар, у всех отмечалась тахикардия (ЧСС 120 ± 15 в мин.), тахипное (ЧД до 20 в мин.). В лабораторных анализах следует отметить, что был невыраженный лейкоцитоз 10-14 г/л, ЛИИ составил 4-8, амилаза крови повышалась в среднем до 140 МЕ/л, в моче до 830 МЕ/л, АЛТ 120-200 МЕ/л, АСТ 85-160 МЕ/л.

При оценке степени тяжести больных по шкале APACHE II составило 3-8 баллов, степень органной дисфункции по SOFA – 1-4 баллов, по MODS 0-3 баллов. Тяжесть острого панкреатита по RANSON 2-4 балла.

При дополнительном исследовании по данным УЗИ и КТ диагностировались неоднородные деструктивные очаги, размер которых не превышал 30% ткани поджелудочной железы. При лапароскопическом исследовании в брюшной полости имелся соломенно-желтый выпот в количестве 100-250 мл, парез поперечной ободочной кишки и в 62,5% случаев признаки желчной гипертензии.

Все больные получали интенсивную терапию, включающую: голод, дренирование желудка, катетеризацию центральной вены и мочевого пузыря, инфузионно-трансфузионную терапию в объеме не менее 40 мл/кг массы тела при соотношении коллоидных и кристаллоидных растворов 1:4. Обезболивание осуществляли эпидуральной блокадой на уровне Th7-9 – которая позволяла достичь адекватного обезболивания и стимуляцию перистальтики кишечника. По возможности, при лапа-

роскопии ставили катетер в брыжейку толстой кишки, для последующего введения лекарственных препаратов (новокаин, антибиотики, прозерин), так же назначали нестероидные противовоспалительные средства (кетопрофен 100 мг 3 раза в сутки). Препаратами выбора антисекреторной терапии (оптимальный срок – первые трое суток заболевания) были сандостатин (октреотид) 100 мкг 3 раза в сутки подкожно и омепразол по 40 мг 2 раза в сутки в/в; препараты резерва 5 – фторурацил (5%-5 мл в/в) и квамател по 40 мг 2 раза в сутки в/в. Антиферментная терапия (оптимальный срок – первые 5 суток заболевания) включала контрикал не менее 50 000 ед./сут., гордокс не менее 500 000 ед./сут. Для профилактики гнойных осложнений назначали пefлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки в/в + метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки в/в. При признаках вторичного инфицирования: использовали препараты: цефепим, имипенем, меропенем или инванз (эртапенем) по 1гр.1раз в сутки. При неэффективности вышеперечисленных мероприятий, прибегали к экстракорпоральным методам детоксикации (лимфосорбции, плазмофереза и др.) по разработанным в клинике методикам.

Во время проведения лечебно-диагностических лапароскопий мы выполняли: эвакуацию экссудата из брюшной полости и сальниковой сумки, санацию брюшной полости; формирование микрохолецистотомы при выявлении желчной гипертензии (или под контролем УЗИ); катетеризацию круглой связки печени и по возможности брыжейки поперечной ободочной кишки; дренирование брюшной полости двухканальными трубками для проведения проточно-аспирационного промывания брюшной полости и сальниковой сумки.

Результаты и обсуждение

При сравнении результатов лечения больных в группах, мы отметили, что при выполнении лечебно-диагностических лапароскопий на 4-7 сутки после начала заболевания, эффект от проводимых мероприятий был кратковременный. В последующем, у этой категории больных возникала необходимость в проведении повторных лапароскопий и усиления общей терапии, и в 35% случаях лапаротомий с различными видами оперативного вмеша-

тельства. В группе, где выполняли лечебно-диагностические лапароскопии в первые сутки, удавалось купировать деструктивный процесс в поджелудочной железе при очаговом панкреонекрозе и окружающих тканях без выполнения лапаротомий. В данной группе отмечалось достоверное улучшение физиологических показателей на вторые сутки после лапароскопии. Причем следует отметить, что в 1 группе количество гнойных осложнений составило 24,2%, а во 2 – 11,1%. Общесоматические осложнения составили 13,1% и 6,8% соответственно, летальность в 1 группе – 2,6%, во 2 1,1%.

Выводы

В результате выполненной работы, можно сделать вывод, что интенсивная многоцелевая терапия в комплексе с лечебно-диагностической лапароскопией, а также дренированием очагов деструкции, как завершающий этап лечения панкреонекроза, являются эффективным при очаговом некрозе до 30% поражении поджелудочной железы. Следует отметить, что результаты лечения значительно улучшаются при раннем по срокам (в 1 сутки), выполнении лапароскопии, что позволяет в 2 раза снизить гнойные и общесоматические осложнения, а также на 1,4% уменьшить летальность у данной категории больных.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДРЕНУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ОСЕРЕДКОВОМУ ПАНКРЕОНЕКРОЗІ У РІЗНІ СТРОКИ ВИКОНАННЯ

О.В. Розенко

У роботі проаналізовано результати лікування 30 хворих з осередковим панкреонекрозом, які були розділені на дві групи по 15 у кожній, необхідно відзначити, що всі хворі одержували комплексну інтенсивну терапію. В 1 групі виконували лікувально-діагностичну лапароскопію на 4-7 добу після захворювання, в 2 групі – в 1 добу. У результаті лікування у 2 групі в 2 рази знизилася гнійні й загальносоматичні ускладнення, а також на 1,4% поменшилася летальність у даної категорії хворих.

Ключові слова: осередковий панкреонекроз, дренивання.

ANALYSIS OF RESULTS OF DRAINING OPERATIONS AT HEARTH PANCREONECROSIS IN DIFFERENT TERMS

O.V. Rozenko

The results of treatment are in-process analyses 30 patients with hearth pancreonecrosis, which parted on two groups for 15 persons in each, it is necessary to mark that all patients got complex intensive therapy. In a 1 group executed treatment-diagnostic laparoscopy on 4-7 days after a disease, in 2 groups – executed in 1 days. As a result of treatment in 2 groups festering and basic-somatic complications went down in 2 times, and also on 1,4% lethality diminished at this category of patients.

Key words: hearth pancreonecrosis, draining.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришук В.В. Комплексное лечение панкреонекроза с применением рациональной хирургической тактики, секстафага и энтеральной нутритивной поддержки / В.В. Гришук // Пермский медицинский журнал. – 2009. – Т. 26. – № 3. – С. 15-18.
2. Маев И.В. Болезни поджелудочной железы. / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 736 с.
3. Uhl W. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis / W. Uhl, A. Warshaw, C. Imrie // Pancreatolology. – 2002. – Vol. 2. – P. 565-573.
4. Гостищев В.К. Панкреонекроз и его осложнений, основные принципы хирургической тактики / В.К. Гостищев, В.А. Глушко // Хирургия – 2003. – № 3. – С. 34-37.
5. Лузганов Ю.В. Дифференциальная диагностика и принципы терапии различных форм панкреатита и панкреонекроза / Ю.В. Лузганов, Н.Е. Островская, В.А. Ягубова, К.С. Шкиря // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 27. – С. 12-17.
6. Агаев Б.А. Комплексное лечение острого панкреатит / Б.А. Агаев, З.Е. Джафарли // Хирургия. – 2010. – № 4. – С. 63-66.
7. Эндовидеохирургические вмешательства в лечении гнойно-некротических осложнений панкреонекроза. / М.А. Сидоров, А.П. Медведев, Л.Е. Березова и др. // Материалы международного конгресса хирургов. – Петрозаводск, 2002. – С. 199-201.
8. Дадвани С.А. Малоинвазивная хирургия при деструктивном панкреатите и его осложнениях. / С.А. Дадвани // Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. – Волгоград. – 2000. – С. 36.
9. Endoscopic lithotomy of common bile duct stones with sublingual nitro-glycerin and guidewire / T. Ezaki, N. Uchida, S. Hirabayashi et al. // Am. J. Gastroenterol. – 1997. – Vol. 92. – № 9. – P.1411-1412.
10. Гуляев И.И. Гепатопротекторная активность эмоксипина при остром отечном панкреатите: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / И.И. Гуляев – Саранск, 2005. – 17 с.

Стаття надійшла 14.03.2011