

УДК 616.37-002-07

ИНТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАПЕВТИКА ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

© 2006 г. С.В. Новиков, Ф.К. Бекух, А.С. Наземцев, А.А. Шепелев, В.В. Николаев, В.И. Оноприев

Цель исследования – изучить эффективность новой хирургической технологии лечения острого деструктивного панкреатита с помощью малоинвазивных хирургических методов, выполняемых под контролем интроскопических методов (сонографии, видеоэндоскопии и рентгеноскопии).

Материалы и методы. В основу положен ретроспективный анализ с 1996 по 2004 г. результатов обследования и лечения 289 пациентов, поступивших в РЦФХГ с диагнозом «острый панкреатит», среди которых преобладали лица мужского пола. В 1996, 1997 г. была разработана и внедрена совершенно новая технология лечения острого панкреатита (ОП) методами малоинвазивной хирургии, ставшая основной тактикой в лечебных мероприятиях при ОП. Традиционные методы лечения ОП с использованием лапаротомных доступов применяются только при осложнениях заболевания (кровотечения, кишечной непроходимости и др.).

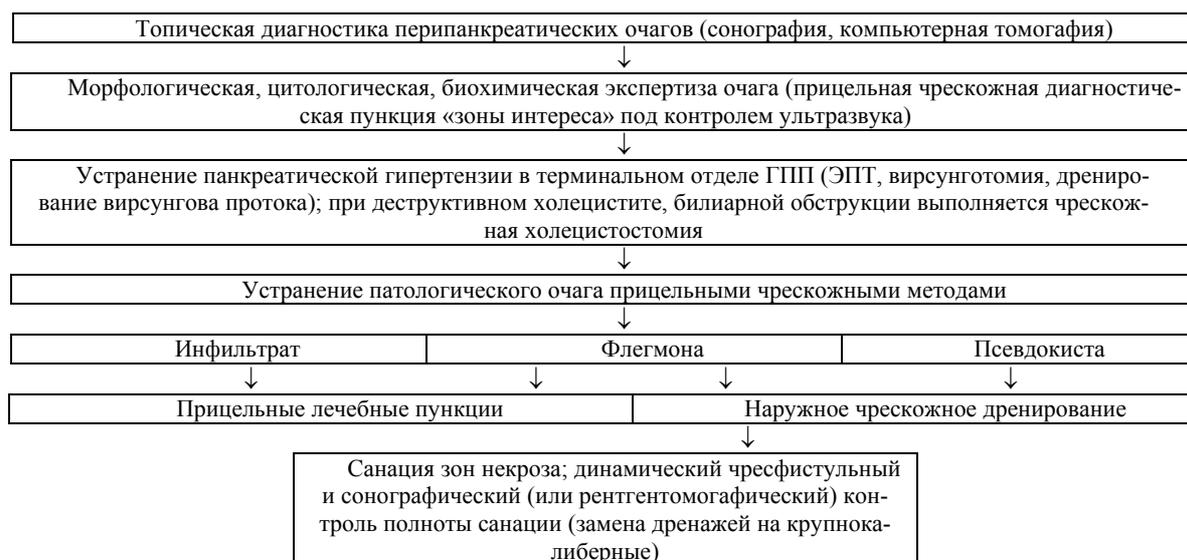
В основе формирования алгоритма лечебных мероприятий лежали результаты первичных трансабдоминальных ультразвуковых исследований в 1-е сут пребывания больных в стационаре (рисунок). Больных осматривали полипозиционно, сканирование проводили в различных плоскостях. Особое внимание уделяли наличию свободной или отграниченной жидкости в брюшной полости и плевральных полостях, изменениям в клетчаточных пространствах и признакам функциональной недостаточности кишечника.

Всем больным с острым отечным панкреатитом в первые часы после поступления в стационар произво-

дили чрескожную пункционную катетеризацию забрюшинной клетчатки под соноконтролем. Катетеры для инфльтрационной терапии устанавливались на основании данных о топографо-анатомическом расположении патологического очага и на путях преимущественного распространения ферментативного выпота и некрозов клетчатки. Операция выполнялась в первые часы после поступления пациента в стационар преимущественно под местной анестезией. Каждому пациенту устанавливалось не менее двух катетеров диаметром 1,1–1,4 мм.

Наличие гнойно-некротической забрюшинной флегмоны является показанием для наружного дренирования внебрюшинным доступом под эхографическим и рентген-телевизионным контролем несколькими индивидуально адаптированными по размеру и форме рабочего конца катетерами. Технология предусматривает динамическую замену катетеров на крупнокалиберные диаметром 8–12 мм в условиях рентгеноперационной через 1–2-е сут, на протяжении всего периода лечения. Санацию осуществляли дискретным или при инфицировании полости проточным способом.

При распространении гнойно-деструктивного процесса и неадекватном дренировании ранее установленными дренажами осуществляли замену дренажей на более толстые, а также дополнительно производили установку новых дренажей необходимого диаметра для последующего адекватного промывания полости в условиях рентгеноперационной.



Алгоритм диапевтических малоинвазивных вмешательств при лечении деструктивного панкреатита

При купировании распространения гнойно-некротического процесса дренажи удаляли в обратной последовательности, меняя их на более тонкие, до полного купирования гнойного процесса.

Результаты. Применяемая нами технология закрытого наружного дренирования под эхографическим и рентген-телевизионным контролем парапанкреатических жидкостных скоплений в хирургии является новой. Она позволяет улучшить результаты лечения, уменьшить количество осложнений. Разработанная и внедренная малоинвазивная хирургическая технология лечения деструктивного панкреатита позволила сократить летальность 56 (1998 г.) до 46 % (2003–2004 гг.).

Лечение гнойно-некротических ретроперитонеальных флегмон сочетанными малоинвазивными методами было эффективным у 73 % больных. Средняя скорость реституции постнекротических зон у этой группы больных 61,5 сут.

Задача санационного хирургического вмешательства заключалась в максимально полном и минимально травматичном удалении некротизированных тканей и гноя. Малоинвазивные методики снижают травматичность вмешательства, но требуют многоэтапной санации.

Выводы

1. Малоинвазивные методы эхографической диапневтики следует рассматривать как основную часть комплексной программы лечения больных ОП на всех

ее этапах: диагностики, определении тактической последовательности лечебных вмешательств, лечения, профилактики и устранения осложнений.

2. Для дифференциальной диагностики местных проявлений деструктивного панкреатита необходимо осуществить чрескожный пункционный, чреспапиллярный эндоскопический доступы в патологический очаг для реализации возможностей цитологического, рентгенконтрастного, бактериологического и гистологического методов исследования.

3. Больным ОП (отечная форма), поступившим в стационар в 1-е сут заболевания, необходимо выполнять малоинвазивное вмешательство (чрескожный пункционный метод установки катетеров в забрюшинное пространство) в день поступления, в первую очередь до эндоскопических вмешательств на большем дуоденальном сосочке.

4. У больных гнойно-некротическими ретроперитонеальными флегмонами малоинвазивные повторные чресфистульные санации зон некроза с заменой катетеров под УЗ и рентген-телевизионным контролем – альтернатива программированным релапаротомиям.

5. Чреспапиллярные интрадуктальные рентген-эндоскопические диапневтические вмешательства патогенетически обоснованы у больных деструктивным панкреатитом, достоверно повышают частоту случаев полной реституции панкреатогенных жидкостных скоплений.