

Н.П. Володченко, Е.Г. Новолодский, П.Ю. Киселев, В.Н. Микляев, Т.М. Федотова

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» (Благовещенск)
МБУЗ «Городская клиническая больница» (Благовещенск)

С каждым годом число больных с острым панкреатитом неуклонно растет и составляет 4–9 % среди лиц с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости с летальностью при деструктивных формах — от 3,9 до 21 %, достигая при инфицированном панкреонекрозе 85 %.

Цель исследования: оценить ближайшие результаты лечения острого панкреатита с использованием миниинвазивных методов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены результаты лечения 153 больных с острым панкреатитом, пролеченных за последний год в хирургическом отделении МБУЗ «Городская клиническая больница». Женщин было 58 (37,4 %), мужчин — 105 (62,1 %), преобладали лица трудоспособного возраста, средний возраст $49,3 \pm 2,1$ года. Этиологическими факторами острого панкреатита являлись: употребление алкоголя 87 (56,8 %) больных, заболевания желчных протоков 51 (33,3 %), патология желудка, травмы брюшной полости и после оперативных вмешательств на органах брюшной полости 15 (9,8 %). В течение первых суток от момента заболевания поступило 116 (75,8 %) пациентов, 37 (22,2 %) через сутки и более. Отечная (легкая) форма острого панкреатита установлена у 136 (88,9 %), деструктивные — у 17 (11,2 %), из них у 11 больных (7,2 %) — жировой и у 6 (3,9 %) — геморрагический панкреонекроз.

Диагностический алгоритм включал: оценку клинических симптомов, лабораторных показателей, УЗИ поджелудочной железы, печени, желчного пузыря и желчных протоков, проведение фиброгастро-дуоденоскопии, по показаниям — экстренной лапароскопии диагностической (лечебной).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При остром отечном панкреатите (136 больных) проводили консервативное лечение. В лечебный комплекс входили: инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированным диурезом, спазмолитики, анальгетики, противовоспалительные и антисекреторные препараты (квamatел 40 мг 2 раза в сутки внутривенно), ингибиторы протонной помпы нексиум (омепразол, лосек), антиферментные препараты, низкомолекулярные гепарины: клексан, фрагмин в общепринятых дозировках, симптоматическая терапия. При отечной форме панкреатита на фоне гепатобилиарных заболеваний первоочередные мероприятия были направлены на устранение гипертензии в желчных и панкреатических протоках. На 2-е сутки от начала заболевания 5 больным выполнили ЭПСТ, что позволило быстро купировать болевой синдром. ЭПСТ не удалось выполнить 2 больным, поэтому дренирование желчных путей выполнено путем наложения холецистостомы через мини-доступ.

Больных с тяжелыми деструктивными формами панкреатита госпитализировали в отделение РАО, где проводилась комплексная медикаментозная терапия с использованием эфферентных методов детоксикации (ПФ, УФОК), проводилась энтеральная нутритивная поддержка, коррекция гомеостаза. При выраженном болевом синдроме полноценная анальгезия достигалась длительной эпидуральной анестезией. В асептической фазе заболевания у 3 больных ферментативный перитонит являлся основным показанием к выполнению лапароскопической санации, дренированию брюшной полости и сальниковой сумки. Оперативные вмешательства проводились только по поводу осложнений панкреонекроза, чаще из мини-доступов, используя набор «мини-ассистент». При крупноочаговых и распространенных формах инфицированного панкреонекроза 4 больным проведена тактика активного многоэтапного хирургического лечения с использованием открытых способов дренирующих операций. В комплексную терапию включали ЛФК и физиолечение.

В группе больных с отечной формой панкреатита осложнений не было. У 2 больных после перенесенных вмешательств, сформировался наружный панкреатический свищ. Средний срок госпитализации больных с отечным панкреатитом составил 11,9 к/дней, из числа оперированных больных деструктивной формой панкреатита — 29,8 к/дня, умерло двое больных, летальность составила 11,7 %.

Таким образом, основным методом лечения острого панкреатита является консервативная комплексная терапия с применением эндоскопических и миниинвазивных вмешательств. При тяжелых неинфицированных формах панкреонекроза — миниинвазивные дренирующие операции, а при инфицированных панкреонекрозах — многоэтапное хирургическое лечение с использованием открытых способов дренирующих операций.