

Б.Ц. Санжиев, И.М. Джаджанидзе, Б.Б. Цыжилов, Б.Г. Бальжинов

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Гусиноозерская центральная районная больница (Гусиноозерск)

В данной статье представлен опыт лечения больных с тяжелыми панкреонекрозами в условиях районной больницы. В работе раскрыта тактика консервативного и хирургического лечения данной патологии. Применение указанной тактики позволило снизить летальность больных до 18,5 %.

Ключевые слова: панкреатит, консервативное и хирургическое лечение

EXPERIENCE OF SURGICAL HELP TO THE PATIENTS WITH DESTRUCTIVE PANCREATITIS IN CONDITIONS OF CENTRAL REGIONAL HOSPITAL

B.T. Sanzhiev, I.M. Dzhadzhanidze, B.B. Tsyzhlov, B.G. Balzhinov

Gusinozersk central regional hospital, Gusinozersk

In this article experience of treatment of patients with heavy pancreonecrosis in conditions of regional hospital is presented. Tactics of conservative and surgical treatment of given pathology is discovered in this work. Application of mentioned tactics allowed to lower mortality of patients to 18,5 %.

Key words: pancreatitis, conservative and surgical treatment

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что острый деструктивный панкреатит (ОДП) является одной из актуальных проблем ургентной хирургии [1, 4]. До сих пор нет единства во взглядах в отношении этиологии, патогенеза и лечебной тактики при ОДП. Количество больных с острым панкреатитом из года в год неуклонно растет и по разным статистическим данным варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. населения [3]. Это обусловлено увеличением заболеваемости желчно-каменной болезнью и хроническим алкоголизмом как основным этиологическим фактором острого панкреатита, а также существенным улучшением качества диагностики в последнее десятилетие [2]. Несмотря на это, до сих пор существует неясность в оценке степени тяжести заболевания, что приводит к трудностям в определении точного момента начала адекватных консервативных и оперативных мероприятий, отсутствуют ранние критерии развития грозных осложнений, так как летальность в этот период особенно высока [3, 6]. Шок, инфицирование и развитие септических осложнений являются критическими в течении панкреонекроза. Однако L. Schuster et al. (2006) при остром панкреатите определяют так называемую «триаду смерти», включающую острую печеночную, дыхательную и почечную недостаточности.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных диагностике, прогнозированию и лечению панкреонекроза, летальность при данной патологии остается достаточно высокой (около 50 %) [1, 6]. В связи с этим диагностика и лечение острого деструктивного панкреатита остается важной задачей в хирургической панкреатологии. В последние годы отмечается также неуклонный рост числа больных с острыми деструктивными формами поражения поджелудочной железы. Не-

смотря на определенные успехи в диагностике и патогенетически обусловленными принципами интенсивной фармакотерапии, вопрос о стандартизации способов хирургического вмешательства остается открытым [1, 4, 5]. Существующие в настоящее время методы оперативного вмешательства имеют существенные, а иногда и принципиальные разногласия. Это касается сроков и объема оперативного вмешательства, операционных доступов, методов дренирования, режимов и т.д. В связи с этим ретроспективный анализ может способствовать оптимизации хирургической тактики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 16 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении МУЗ «Гусиноозерская ЦРБ», с диагнозом острый деструктивный панкреатит в период с 2005 по 2009 гг. Всем больным, поступившим в клинику с подозрением на ОДП, в течение 24–48 часов был проведен комплекс диагностических мероприятий, позволивший определить основные клинко-морфологические формы ОДП: ОАК, ОАМ, Б/Х анализ крови, исследование диастазы мочи по Вальгемуту, УЗИ брюшной полости, ФГДС, рентгенография брюшной полости. Для определения степени тяжести панкреатита использовалась классификация на основании Рекомендаций Международного симпозиума по острому панкреатиту (Атланта, 1992). По половому признаку распределение больных было следующим: женщин – 10, мужчин – 6. Средний возраст больных составил 47 лет. В возрастной группе до 40 лет было 3 больных (19 %), от 41 до 59 лет – 10 больных (62 %), 60 лет и старше – 3 больных (19 %). Этиологическим фактором у 8 (50 %) больных явилось злоупотребление алкоголем, у 5

(32 %) — желчекаменная болезнь; травматический панкреатит — у 1 больной (6 %). У 2 больных (12 %) причина заболевания не была установлена, имеется связь с алиментарным фактором.

Клинико-морфологические формы ОДП были следующими:

- 1) инфицированный распространенный панкреонекроз — 9 больных;
- 2) инфицированный ограниченный панкреонекроз у 5 больных;
- 3) инфицированная псевдокиста поджелудочной железы — 1 больной;
- 4) абсцесс поджелудочной железы — 1 больной.

Все больные в зависимости от характера и масштаба поражения поджелудочной железы разделены на 2 группы: в 1-ю группу включены больные с ограниченным панкреонекрозом, абсцессом поджелудочной железы и инфицированной псевдокистой, во 2-ю группу — больные с распространенным панкреонекрозом. Сроки госпитализации больных 1-й группы от начала заболевания составили 5 ± 2 дня, во 2-ой группе — 3 ± 1 дня.

Больные с абсцессом и инфицированной псевдокистой поджелудочной железы ранее за медпомощью не обращались, и начало заболевания связывали с последним ухудшением состояния. В 1-й группе больных причиной заболевания у 3 (43 %) пациентов явилась ЖКБ, у 2 (29 %) больных — злоупотребление алкоголем, травма поджелудочной железы — у 1 (14 %) больной, алиментарный фактор — у 1 больной (14 %).

В группе больных с распространенным панкреонекрозом у 6 (66,7 %) пациентов причиной заболевания явился алкогольный эксцесс, у 2 (22,2 %) — желчекаменная болезнь, у 1 (11,1 %) больной причина не установлена.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всем больным с ОДП проводилась стартовая базисная терапия, включающая: 1) интенсивную инфузионно-корректирующую терапию, направленную на восстановление гемодинамики, регидратацию, коррекцию КОС; 2) блокаду секреторной функции ПЖ и медиатоза: октреотид по $100 \text{ мкг} \times 3$ раза в сутки на протяжении 5–7 дней, ингибиторы протеаз; 3) антибактериальную терапию. Препаратами выбора являлись:

- цефалоспорины 3 поколения + амикацин + метронидазол
- цефалоспорины 3 поколения + фторхинолоны + метронидазол
- карбапенемы + метронидазол

В ряде случаев фармакотерапия сочеталась с методами гравитационной хирургии крови (плазмаферез). Показаниями к оперативному вмешательству служили неэффективность комплексной консервативной терапии в течение 1–3 суток, панкреатогенный перитонит, а также клиника деструктивного калькулезного холецистита.

При ограниченном панкреонекрозе применяли «закрытый» метод дренирования + релапарото-

мию «по требованию». Необходимость в повторной (однократной) санации сальниковой сумки возникла в 2-х случаях. При распространенном инфицированном панкреонекрозе (2-я группа больных) у 7 больных после широкого рассечения желудочно-ободочной связки, абдоминализации поджелудочной железы, вскрытия парапанкреатической, параколярной некротической флегмоны выполнили «полуоткрытый» метод дренирования с использованием трубчатых многопросветных дренажных конструкций в сочетании с дренажами Пенроза, которые выводили через лумботомный разрез. В зависимости от типа поражения поджелудочной железы лумботомию выполняли справа/слева, или одновременно с обеих сторон. При этом производили замену дренажей и этапные некрэквестрэктомии в режиме «по программе», с интервалом 24–72 ч. Для увеличения потенциала дренирования забрюшинной клетчатки дренажи Пенроза пропитывали антисептическими растворами, совмещая с мазями на водорастворимой основе («Левосин», «Левомеколь»). Одной больной из данной группы, учитывая ранние сроки госпитализации и низкую вероятность инфицирования зон некроза, был применен «закрытый» способ дренирования без последующих программных санаций с положительным эффектом; вторая больная экзальтировала на 2-е сутки после первой операции. В связи с некротическим поражением мезоколон, некрозом поперечно-ободочной кишки, 2-м больным была выполнена резекция кишки с выведением колостомы. В случае панкреатогенного абсцесса и инфицированной псевдокисты выполнено вскрытие гнояника и наружное дренирование. Всем больным, с клинико-ультразвуковой картиной острого деструктивного калькулезного холецистита, а также при интраоперационной находке, произведена холецистэктомия, и в 1 случае — наружное дренирование холедоха.

Общая летальность (в обеих группах) составила 18,75 %. В 1-й группе летальных случаев не было. Во 2-й группе летальность составила 33,3 %, причиной которой явились:

1) у больной С., 50 лет с диагнозом: острый смешанный тотальный панкреонекроз, флегмона парапанкреатической, параколярная клетчатки, ферментативный перитонит; острый флегмонозный калькулезный холецистит, после многократных этапных санаций (8 операций), на фоне нарастающей полиорганной недостаточности, возникло аррозивное профузное кровотечение. Провела в ПИТИР 44 к/дня.

2) пациентке С., 75 лет с диагнозом: острый тотальный геморрагический инфицированный панкреонекроз, распространенная некротическая парапанкреатическая, параколярная флегмона, ферментативный перитонит была выполнена лапаротомия, вскрытие параколярной, парапанкреатической флегмоны, санация и дренирование брюшной полости. Больная провела в ПИТИР 2 дня после операции. Причина смерти — острая сердечно-сосудистая недостаточность.

3) больной Ф., 46 лет с диагнозом: острый инфицированный субтотальный панкреонекроз. Ферментативный перитонит. Гнойный оментобурсит. Состояние после неоднократных этапных санаций (7 операций). Формирующийся свищ поджелудочной железы. 2-сторонний экссудативный плеврит. 2-сторонняя полисегментарная пневмония. Анемия смешанного генеза. ОССН. Причина смерти — эмпиема плевры с обеих сторон. Сепсис. ОССН. Больной провел в отделении 50 к/дней.

ВЫВОДЫ

1. Причиной острого деструктивного панкреатита является злоупотребление алкоголем (50 %), желчекаменная болезнь (32 %), преимущественно в возрасте 40–60 лет (62 % больных).
2. Оптимальной при остром деструктивном панкреатите является активно-выжидательная тактика. Показаниями к оперативному вмешательству служили неэффективность стартовой базисной терапии в течение 1–3 суток, панкреатогенный перитонит, а также — клинико-ультразвуковая картина деструктивного калькулезного холецистита.
3. Реализация адекватной хирургической тактики в условиях предпринятого «полуоткрытого» метода наружного дренирования при распространенном инфицированном панкреонекрозе достигалась выполнением программируемых оперативных вмешательств, с интервалом 24–72 часа..

Сведения об авторах

- Санжиев Б.Ц.** — Гусиноозерская центральная районная больница (671280, г. Гусиноозерск, ул. Новая, 2; тел. 8 (245) 92-945)
- Джаджанидзе И.М.** — Гусиноозерская центральная районная больница (671280, г. Гусиноозерск, ул. Новая, 2; тел. 8 (245) 92-945)
- Цыжилов Б.Б.** — Гусиноозерская центральная районная больница (671280, г. Гусиноозерск, ул. Новая, 2; тел. 8 (245) 92-945)
- Бальжинов Б.Г.** — Гусиноозерская центральная районная больница (671280, г. Гусиноозерск, ул. Новая, 2; тел. 8 (245) 92-945)

4. Общая летальность (в обеих группах) составила 18,75 %. В 1-й группе летальных случаев не было, во 2-й группе летальность составила 33,3 %.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что предпринятая тактика ведения больных с деструктивным панкреатитом в отделении является достаточно эффективной, и нашла свое отражение в результатах лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К. Деструктивный панкреатит (Основные принципы комплексной терапии) / В.К. Гостищев, Н.М. Федоровский, В.А. Глушко // *Анналы хирургии*. — 1997. — № 4. — С. 60–65.
2. Лечение печеночной недостаточности при остром панкреатите / Р.Б. Мумладзе [и др.] // *Анналы хирургии*. — 1997. — № 1. — С. 67–70.
3. Острый панкреатит и его осложнения / С.А. Шалимов, А.П. Радзиховский и др. — Киев: Наукова думка, 1990. — 272 с.
4. Савельев В.С. Острый панкреатит / В.С. Савельев, В.М. Буянов, Ю.В. Огнев. — М.: Медицина, 1983. — 240 с.
5. Филипенко П.С. Лечение острого панкреатита / П.С. Филипенко // *Хирургия*. — 1984. — № 2. — С. 135–139.
6. Schulz H. Akute pankreatitis — atiology, pathologische anatomie und pathogenese / H. Schulz, E. Schulz // *Zschr. Inn. Med.* — Vol. 117, N 8. — 1990. — P. 467–475.