

УДК 616.37-002-036.11:616.381-072.1

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Е.В. Верченко, асс., **А.Н. Митрошин**, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой, **А.В. Нестеров**, к. м. н., доцент, кафедра хирургии медицинского института Пензенского государственного университета

Работа основана на анализе результатов лечения больных острым панкреатитом. Применение видеолапароскопических динамических санаций в ферментативной и реактивной стадии острого панкреатита является операцией выбора у больных с перитонеальным синдромом на фоне деструктивного панкреатита. Использование троакара делает более доступным выполнение программируемых лапароскопических санаций брюшной полости. Целесообразно использовать данное устройство для активного дренирования полостей.

The research is based on analysis of treatment of patients under acute pancreatitis. The using of videolaparoscopic dynamic sanations in fermentative and reactive stages of acute pancreatitis is the operation of choice for the patients with peritoneal syndrome under destructive pancreatitis. The invention of trocar makes performing of programmed laparoscopic sanations of abdominal cavity more available. It is also rationally to use this equipment for active catchment of cavities.

Проблема лечения острого панкреатита, несмотря на быстрое развитие новых эффективных лечебно-диагностических технологий, не теряет своей актуальности. Летальность остается высокой – 20–60%. Причины неудовлетворительных результатов лечения – в отсутствии оптимальной хирургической тактики на разных стадиях заболевания, в поздней диагностике осложнений, в применении консервативной терапии не в полном объеме, в необоснованном расширении показаний к травматичным операциям, в недостаточном применении современных малоинвазивных технологий [1-6].

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 300 больных острым панкреатитом. С интерстициальной формой острого панкреатита – 243 (80,3%) больных, 4 пациентам выполнена диагностическая лапароскопия, одному больному – лапаротомия. Выполнены дренирующие операции по поводу механической желтухи на фоне острого индуктивного панкреатита 4 пациентам. У 56 (18,7%) оперированных больных диагностирована деструктивная форма острого панкреатита. С геморрагическим панкреонекрозом – 4 (1,3%) пациента, с жировым панкреонекрозом – 29 (9,7%), смешанный панкреонекроз отмечен у 23 (7,7%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Общая летальность составила 4,3%. В группе больных с геморрагическим панкреонекрозом субтотальное поражение поджелудочной железы отмечено у двух пациентов, которые погибли в сроки 6-14 суток на фоне полиорганной недостаточности.

У больных жировым панкреонекрозом преобладало мелко- и среднеочаговое поражение поджелудочной железы, в основном, как осложнение желчекаменной болезни. У всех больных наблюдали благоприятный исход.

Среднетяжелое течение смешанного панкреонекроза отмечено у 13 больных, летальности в этой группе не отмечено. Тяжелое течение на фоне субтотального поражения поджелудочной

железы выявлено у 10 пациентов. Все больные погибли. Причинами смерти пациентов в сроки 6-14 суток являлись полиорганная недостаточность, перитонит, интоксикация, тромбоэмболические осложнения, кровотечение по одному наблюдению. В сроки более 15 суток в двух наблюдениях – полиорганная недостаточность и интоксикация.

На наш взгляд, улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом можно путем создания оптимального алгоритма диагностики и лечения деструктивных форм панкреатита, применением адекватной, патогенетически обоснованной интенсивной консервативной терапии, использованием динамических санационных видеолапароскопий и отказ от ранних лапаротомий при отсутствии осложнений острого панкреатита.

Диагностическая лапароскопия выполнялась 13 пациентам. У 4 диагностирована интерстициальная форма острого панкреатита. 9 пациентам вторым этапом выполнена лапаротомия. При выполнении лапароскопического исследования был выявлен ряд недостатков при применении стандартного металлического порта для динамической лапароскопии. Отмечено, что оставлять жесткий порт в брюшной полости невозможно, так как это может привести к травме органов брюшной полости, повышает риск развития спаечного процесса.

Для решения этих задач было разработано устройство, представляющее собой троакар одноразового применения в стерильной упаковке, состоящий из эндопорта-дренажа и стилета. Эндопорт-дренаж представлен полой трубкой из медицинского силикона, с внутренним диаметром 10 мм для стандартного троакара и 10-миллиметрового лапароскопа. В стенку эндопорта встроена трубка меньшего диаметра, выполняющая активную дренажную функцию. Стерильный одноразовый стилет стандартного диаметра выполнен из пластика (положительное решение о выдаче патента № 200610970779/14(010730), приоритет от 07.03.2006).

Предложенный троакар использовали в лечении 4 больных. У одного пациента выполнена лапароскопия с целью дифференциальной диагностики, у трех пациентов – проводили программируемые видеолaparоскопические санации в динамике. Порт-дренаж находился в брюшной полости до 5 суток, отмечена хорошая дренажная функция.

Положительными факторами в применении предложенного устройства является эластичность, прозрачность для рентгеновских лучей, возможность использования для активного дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, а главное – для проведения программируемых лапароскопических санаций брюшной полости, не требующих повторных лапароцентезов.

Выводы

Применение видеолaparоскопических динамических санаций в ферментативной и реактивной стадии острого панкреатита является операцией выбора у больных с перитонеальным синдромом на фоне деструктивного панкреатита.

Использование троакара делает более доступным выполнение программируемых лапароскопических санаций брюшной полости. Целесообразно использовать данное устройство для активного дренирования полостей.



ЛИТЕРАТУРА

1. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 320 с.
2. Винокуров М.М., Амосов В.Г., Игнатьев В.В. Оптимизация хирургической лечебной тактики при остром деструктивном панкреатите/Вестник хирургии. – 2004. – № 3. – С. 68-71.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Оценка эффективности вариантов хирургической тактики при инфицированных формах панкреонекроза// Анналы хирургии. – 2001. – № 5. – С. 30-35.
4. Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Юрищев В.А. Принципы дифференцированного лечения острого панкреатита/Вестник хирургии. – 2004. – № 1. – С. 56-60.
5. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Острый панкреатит. Пособие для врачей. – СПб.: Питер, 1994. – 416 с.

