

В.П. Саганов², Е.Н. Цыбиков¹, Г.Д. Гунзынов³, В.Е. Хитрихеев²

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

¹Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)

²Бурятский Государственный университет (Улан-Удэ)

³Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Проведен анализ лечения 153 больных с ферментативным перитонитом при остром панкреатите. Лапароскопические санации/лапароцентез с декомпрессией желчного пузыря у больных с ферментативным перитонитом при остром панкреатите способствуют снижению летальности и частоты гнойных осложнений.

Ключевые слова: острый панкреатит, ферментативный перитонит

MANAGEMENT OF FERMENTATIVE PERITONITIS AT ACUTE PANCREATITIS

V.P. Saganov², E.N. Tsybikov¹, G.D. Gunzynov³, V.E. Khitriheyev²

¹Buryat branch of SCRRS SB RAMS, Ulan-Ude

²Buryat state university, Ulan-Ude

³N.A. Semashko Republican clinical hospital, Ulan-Ude

The analysis of treatment of 153 patients with fermentative peritonitis has been made at acute pancreatitis. Laparoscopic sanitation and laparocentesis with decompression of a gall-bladder in patients with fermentative peritonitis at acute pancreatitis promote a decrease of death rate and frequency of purulent complications.

Key words: acute pancreatitis, fermentative peritonitis

На сегодняшний день лечение больных с острым панкреатитом представляет собой актуальную проблему на фоне высокого роста числа этих пациентов [1, 2, 6]. Острый панкреатит сопровождается наличием ферментативного перитонита в 15 % случаев, который усугубляет и без того тяжелое состояние пациентов [3, 4, 5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать оптимальную тактику лечения больных с ферментативным перитонитом, обусловленным острым панкреатитом.

С 1987 по январь 2010 года наблюдали и лечили 153 больных с ферментативным перитонитом при остром панкреатите в 1-й Градской ГКБ г. Москвы и Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко г. Улан-Удэ.

Диагноз устанавливали на основании клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Всех пациентов разделили на 2 группы в зависимости от характера перитонеального выпота. В первую группу объединили 135 пациентов с ферментативным перитонитом, обусловленным алкогольным (95 больных) и билиарным (40 больных) острым панкреатитом. У 118 больных 1-й группы выполняли лапароскопическую санацию дренирование/лапароцентез в первые 6 часов от момента госпитализации — подгруппа 1А, а 19 пациентам выполняли ошибочную лапаротомию, санацию и дренирование брюшной полости — подгруппа 1Б. Во вторую группу вошли 18 больных с ферментативным перитонитом вследствие билиарного

панкреатита с диапедезом и транзитной механической желтухой. У 8 пациентов второй группы провели санационную лапароскопию и дренирование брюшной полости до 24 часов с малоинвазивным дренированием желчного пузыря (лапароскопическим или через мини-доступ) — подгруппа 2А, а у 10 больных — срединную лапаротомию, холецистэктомию с дренированием общего желчного протока и брюшной полости (подгруппа 2Б). Всем больным проводили комплексное консервативное лечение.

Лапароскопические санации/лапароцентезы в подгруппе 1А способствовали раннему разрешению динамической кишечной непроходимости и устранению интоксикации с летальностью 9,3 %. Послеоперационный период в подгруппе 1Б требовал длительную ИВЛ, сопровождался прогрессированием полиорганной дисфункции и динамической кишечной непроходимости, гнойными осложнениями у большинства пациентов и летальностью (47,3 %). Общая летальность в первой группе составила 14,8 %. Малоинвазивная декомпрессия желчного пузыря в подгруппе 2А способствовала устранению желчного компонента перитонита и купированию ферментативного холецистита, устранению механической желтухи в раннем послеоперационном периоде (летальность — 15 %) и подготовке больных к плановой холецистэктомии. В подгруппе 2Б срочная холецистэктомия с дренированием общего желчного протока в условиях ферментативного перитонита сопровождалась большим числом послеоперационных осложнений, в том числе гнойных — 63 %, и летальностью до 70 %.

ВЫВОДЫ

Малоинвазивные вмешательства с комплексной консервативной терапией способствует снижению летальности и частоты гнойных осложнений. При наличии диапедезного желчного компонента в перитонеальном выпоте у больных с ферментативным перитонитом показано дополнение лапароскопической санации/лапароцентеза брюшной полости с малоинвазивным дренированием желчного пузыря и последующей плановой холецистэктомией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики / В.К. Гостищев, В.А. Глушко // Хирургия. — 2003. — № 3. — С. 50 — 54.

2. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей / Р.В. Ващетко [и др.] — СПб., 2000. — 320 с.

3. Современное лечение деструктивного панкреатита и его осложнений / С.А. Дадвани [и др.] // Анн. хир. — 2000. — № 6. — С. 39 — 42.

4. Хирургия послеоперационного перитонита / под ред. Е.Г. Григорьева, А.С. Когана. — Иркутск, 1996. — 213 с.

5. De Beaux A.C. Factors influencing morbidity and mortality in acute pancreatitis: an analysis of 279 cases / A.C. De Beaux, K.R. Palmer, D.C. Carter // Gut. — 1995. — N 37. — P. 121 — 126.

6. Reduction in mortality with delayed surgical therapy of severe pancreatitis / Hartwig W. [et al.] // J. Gastrointest. Surg. — 2002. — N 6. — P. 481 — 487.

Сведения об авторах

Саганов Владислав Павлович — к.м.н., врач-хирург Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (670031, Улан-Удэ, ул. Павлова, 12)

Цыбиков Еши Нянюевич — д.м.н., РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел. 8 (3012) 23-34-24, директор Бурятского филиала НЦ РВХ СО РАМН

Гунзынов Галан Дамбиевич — д.м.н., зав. хирургическим отделением № 1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (670031, Улан-Удэ, ул. Павлова, 12)

Хитрихеев Владимир Евгеньевич — зав. кафедрой госпитальной хирургии Бурятского государственного университета, д.м.н. (670002, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; тел.: 8 (3012) 55-62-43)