

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

М.И. РУСТАМОВ, И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, У.А. ШЕРБЕКОВ, З.А. ТУРАЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ДЕСТРУКТИВ ПАНКРЕАТИТЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ.

М.И. РУСТАМОВ, И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, У.А. ШЕРБЕКОВ, З.А. ТУРАЕВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

SURGICAL TREATMENT OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS

M.I. RUSTAMOV, I.B. MUSTAFAKULOV, U.A. SHERBEKOV, Z.A. TURAEV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиалида 2006 – 2016 йиллар давомида панкреонекрознинг турли шакллари билан стационар даволанган 136 нафар беморнинг даволаш натижалари таҳлил қилиб чиқилди. APACHE – II шкаласи критерийлари асосида панкреонекрознинг хавфли кечилиш прогнози (интеграл кўрсаткич 8 баллдан юқори) 86 нафар беморда (63,2%), хавфсиз кечилиш прогнози – 50 нафар беморда (36,8%) аниқланди. Қайд этилиш керакки, шошилиш панкреатологияда ўтқир панкреатит билан, айниқса, стерил ва инфецирланган панкреонекроз билан касалларни олиб бориш муваффақиятлари топик диагностика стратегиясини ва комплекс даволаш тактикасини белгилайдиган ушбу ҳолатларнинг патогенетик моҳияти тўғрисидаги замонавий қарашларни ўз ичига олиши лозим.

Калит сўзлар: панкреатит, инфецирланган панкреонекроз, даво.

In the Samarkand branch of the scientific center of emergency medical care, the results of treatment of 136 patients with various forms of pancreatonecrosis, which were on inpatient treatment for the period 2006-2016, were analyzed. Based on the criteria of the APACHE-II scale, 86 patients (63.2%) had an unfavorable prognosis of pancreatic necrosis (with an integral index of more than 8 points), and favorable in pancreonecrosis (50.8%). It should be emphasized that the components of the success of management of patients with acute pancreatitis, and especially sterile and infected pancreatic necrosis, should include modern ideas about the inseparable pathogenetic nature of these conditions, determining the strategy of topical diagnosis and the tactics of complex treatment in emergency pancreatology.

Key words: pancreatitis, infected pancreatic necrosis, treatment.

Введение. Острый панкреатит представляет собой одну из важных нерешённых проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости, что объясняется, прежде всего, неуклонным ростом за последние 20-30 лет количества больных панкреатитом, который стойко занимает третье место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (частота 6-10%), уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу [2,3,5,7].

Деструктивные формы острого панкреатита традиционно считаются одной из самых сложных проблем в хирургической гастроэнтерологии, сопровождаются высокой летальностью (от 25 до 80% по данным различных авторов) [1,4, 6,8].

До настоящего времени среди хирургов нет единой точки зрения в отношении тактики лечения больных деструктивным панкреатитом; существуют разногласия в определении показаний и противопоказаний к различным методам хирургического лечения панкреонекроза.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с деструктивными формами панкреатита.

Материалы и методы. В Самаркандском филиале научного центра экстренной медицинской помощи (СФНЦЭМП) проанализированы результаты лечения 136 больных с различными формами панкреонекроза, находившихся на стационарном лечении за период 2006-2016 гг.

В структуре заболевания 84 (61,8%) мужчины и 52 (38,2%) - женщины. Возрастной разброс - от 15 до 87 лет. Средний возраст пациентов - 48,9 года, свидетельствует о преобладании лиц трудоспособного возраста.

У всех больных при поступлении оценивали тяжесть их состояния на основе клинической картины, данных лабораторных исследований. Прогнозировалась тяжесть течения панкреонекроза по шкале APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), основанной на оценке клинических и биохимических данных, указывающих на степень полиорганной недостаточности.

У 20 больных (14,7%) с панкреонекрозами, течение заболевания осложнилось гнойным оментобурситом; из них 12 мужчин, 8 женщин. Средний возраст больных составил 49 лет, средняя длительность госпитализации - 52,3 койко-дня. Умерло 4 больных (20%), средняя длительность госпитализации умерших больных 15,5 койко-дня; средний возраст 53 года. В 2 случаях (10%) причиной панкреонекроза (и соответственно гнойного оментобурсита) явилась травма поджелудочной железы.

Использовались лабораторно-биохимические, ультразвуковые, эндоскопические, рентгенологические и лапароскопические методы дооперационного исследования, бактериологическое исследование крови и экссудатов, а также интраоперационная ревизия с биопсией пораженных тканей сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

Результаты и их обсуждение. На основании критериев шкалы APACHE-II неблагоприятный прогноз течения панкреонекроза (при интегральном показателе более 8 баллов) был у 86 человек (63,2%), благоприятный - у 50 (36,8%).

В группу с неблагоприятным прогнозом течения заболевания вошли 33 умерших больных, 6 человек с посттравматическим панкреонекрозом, 14 больных с гнойным оментобурситом, 33 человека, оперированные в экстренном или плановом порядке. У 50 человек прогноз был благоприятным. Эту группу составили больные с неинфицированным панкреонекрозом, которые не были оперированы.

70 больных с панкреонекрозами (51,5%) были оперированы. Из них 29 (41,4%) человек оперированы в экстренном порядке в течение первых суток от момента поступления в стационар в связи с клиникой разлитого перитонита. На операции выявляли причину заболевания - панкреонекроз. Объем оперативного вмешательства в большинстве случаев - дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, при наличии расплавления ткани поджелудочной железы, гнойном оментобурсите - оментобурсостомия.

В срочном порядке оперирован 31 (44,3%) больной.

В плановом порядке оперировано 10 (14,3%) человек. Эту группу составили больные с билиарным панкреонекрозом, у которых после проведенной консервативной терапии болевой синдром был полностью купирован и 2 больных со сформированной ложной кистой поджелудочной железы.

Лечебно-диагностическая лапароскопия произведена 34 больным (25%), в 1 случае наложена лапароскопическая холецистостомия. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена у 9 (6,6%) больных. ДГЛП проводилось в 8 (5,9%)

случаях. Внутриаортальная инфузионная терапия в первые 2 суток с момента поступления проводилась у 1 (0,7%>) больного.

Морфологический характер изменений в поджелудочной железе, сальниковой сумке и брюшной полости (определялся интраоперационно, во время лапароскопии и по данным секционных исследований): -очаговый жировой панкреонекроз - 76 случаев (55,9%); -субтотальный и тотальный жировой - 30 случаев (22,1%); -очаговый геморрагический - 12 случаев (8,8%); -субтотальный и тотальный геморрагический- 18 случаев (13,2%).

Инфицированный панкреонекроз был у 46 (33,8%), неинфицированный - у 90 больных (66,2%).

Малоинвазивные методы лечения осложнений панкреонекроза (пункция и дренирование под контролем УЗИ) применены у 4 больных (2,9%). В 2 случаях произведены пункция и дренирование сальниковой сумки, еще в 2 - забрюшинного абсцесса. В 50% наблюдений эти методы оказались неэффективны, потребовалось проведение оперативного вмешательства.

В одном случае послеоперационный период осложнился формированием панкреатического свища в левом подреберье, который закрылся самостоятельно, повторных оперативных вмешательств не потребовалось. Ещё трое (60%) больных оперированы повторно. У 1 больного при наличии выраженного гнойно-некротического процесса в сальниковой сумке с вовлечением забрюшинного пространства произведена некрсеквестрэктомия, сальниковая сумка дренирована через срединную рану (оментобурсостомия) и контрапертуру в левой поясничной области (открытый метод дренирования забрюшинного пространства).

15 больных с гнойными оментобурситами (75%) были оперированы в отсроченном порядке. 1 из них поступил в отделение с клиникой обострения хронического панкреатита - ятрогенный панкреонекроз после РХПГ. 1 больной поступил с закрытой травмой живота, при поступлении производилась лапароскопия, на которой данных за повреждение органов брюшной полости не выявлено. 13 больных госпитализированы с клинической картиной острого панкреатита, панкреонекроза различной степени тяжести. Всем больным проводилась интенсивная инфузионная, антибактериальная, антисекреторная и цитостатическая терапия. Сроки оперативного вмешательства колебались от 1 недели до 1 месяца.

Из 15 больных, оперированных в отсроченном порядке, четверо (26,7%) оперированы повторно. В 2 случаях произведено вскрытие и дренирование абсцессов сальниковой сумки, ещё в 2 - наложение оментобурсостомы.

В трех (15%) случаях послеоперационный период осложнился формированием наружного панкреатического свища, который у 2 больных после консервативной терапии закрылся в течение 1 недели. В первом случае стойкий панкреатический свищ с обильным панкреатическим отделяемым (до 500 мл в сутки) потребовал оперативного лечения. При фистулографии в этом случае свищ полный, сообщается с дистальным отделом Вирсунгова протока. После наложения панкреатикоюноанастомоза больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Из 136 больных умерло 33 человека (24,3%).

Выводы. Таким образом, необходимо подчеркнуть, что составляющие успеха ведения больных с острым панкреатитом, и особенно стерильным и инфицированным панкреонекрозом, должны включать современные представления о неразрывной патогенетической сущности этих состояний, определяющих стратегию топической диагностики и тактику комплексного лечения в неотложной панкреатологии.

Литература:

1. Власов А.П., Бардина И.В., Начкина Э.И. Патогенетические основы прогнозирования острого панкреатита // *Фундаментальные исследования*. - 2011. - №5. - С. 28-36.
2. Саганов В.П., Гунзынов Г.Д., Хитрихеев В.Е., Санжиев Б.Ц. Острый панкреатит: лабораторные методы исследования // *Вестник Бурятского государственного университета*. - 2011. - №12. - С. 81-85.
3. Скутова В.А., Абросимов С.Ю., Чайковский Ю.Я. Острый деструктивный панкреатит как актуальная проблема ургентной абдоминальной хирургии // *Вестник СГМА*. - 2011. - №1. - С. 68-70.
4. Скутова В.А., Абросимов С.Ю., Касумьян С.А., Чайковский Ю.Я. Вопросы лечебно-диагностической тактики и прогнозирования септических осложнений при остром деструктивном панкреатите // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. - 2012. - Т.14, №4. - С. 351-357.

5. Соколова О.В., Гудемович В.Г., Диомидова В.Н., Петрова О.В. Острый панкреатит в раннем послеоперационном периоде: причины, особенности течения, профилактика // *Вестник Чувашского университета*. - 2012. - №3. - С. 498-507.

6. Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Градусов В.П. Острый панкреатит: современные аспекты патогенеза и классификации // *Современные технологии в медицине*. - 2011. - №2. - С. 127-134.

7. Паршиков В.В., Фирсова В.Г. Острый панкреатит: современные подходы к консервативному лечению // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. - 2012. - Т.5, №2. - С. 478-485.

8. Janisch N.H. Advances in management of acute pancreatic // *Gastroenterology clinics of North America*. -2016. - V.45, N1. - P. 1-8.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

М.И. РУСТАМОВ, И.Б. МУСТАФАКУЛОВ,
У.А. ШЕРБЕКОВ, З.А. ТУРАЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В Самаркандском филиале научного центра экстренной медицинской помощи проанализированы результаты лечения 136 больных с различными формами панкреонекроза, находившихся на стационарном лечении за период 2006-2016 гг. На основании критериев шкалы APACHE-II неблагоприятный прогноз течения панкреонекроза (при интегральном показателе более 8 баллов) был у 86 человек (63,2%), благоприятный - у 50 (36,8%). Необходимо подчеркнуть, что составляющие успеха ведения больных с острым панкреатитом, и особенно стерильным и инфицированным панкреонекрозом, должны включать современные представления о неразрывной патогенетической сущности этих состояний, определяющих стратегию топической диагностики и тактику комплексного лечения в неотложной панкреатологии.

Ключевые слова: панкреатит, инфицированный панкреонекроз, лечение.