

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Анасов Ш.Х., Бондаренко А.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет,
кафедра факультетской хирургии с курсом урологии

Ключевые слова: малоинвазивные вмешательства, панкреатит, деструкция.

Резюме: в статье ставятся некоторые проблемы в диагностике и лечении больных с деструктивным панкреатитом, которые являются одним из самых распространенных заболеваний больных, лежащих в хирургических отделениях. А так же проведен ретроспективный анализ историй болезней с диагнозом деструктивный панкреатит, где, в свою очередь и проследили взаимосвязь осложнений, выявленных у больных, с различными методами вмешательств при деструктивных панкреатитах.

Resume: to article some problems in diagnostics and treatment of patients with the destructive-pancreatitis which are one of the most widespread diseases of the patients lying in surgical branches are put. And as the retrospective analysis of stories of illnesses with the diagnosis the destructive pancreatitis where, in turn and have tracked interrelation of the complications revealed at patients, with various methods of interventions at the destructive pancreatitis is carried out.

Актуальность. Хирургическое лечение больных с острым панкреатитом по-прежнему остается актуальной проблемой. Большой процент осложнений после традиционных оперативных вмешательств заставляет хирургов искать новые мало-травматичные методы лечения данной категории пациентов. Актуальность темы обусловлена увеличением количества тяжелых форм острого деструктивного панкреатита, при которых частота развития различных осложнений достигает 50-70% [2].

Цели: установить особенности клинического течения острого панкреатита при различных способах миниинвазивных вмешательств.

Задачи: сравнить характер осложнений, длительности послеоперационного периода и продолжительности оперативного вмешательства при выполнении традиционной программы лечения и при применении миниинвазивных методов вмешательств.

Материал и методы. В ходе работы проведен сравнительный анализ групп больных с явлением острого панкреатита. Всего 106 больных. Исследования выполнены на кафедре факультетской хирургии с курсом урологии СтГМУ и хирургиче-

ского отделения ГБУЗ СК «Городской клинической больницы скорой медицинской помощи» г. Ставрополя.

Результаты и их обсуждение. В ходе нашей работы проведено исследование двух групп больных. Контрольная группа – Традиционная программа лечения острого панкреатита (55 человек) и основная группа (51 человек) – вмешательства под УЗИ контролем, вмешательства под рентген контролем, видеоэндоскопические вмешательства. Сравнимые группы были близки по характеру патологии, возрасту, тяжести состояния пациентов.

Обработка результатов проводилась с помощью методов одномерной статистики (t – критерия Стьюдента).

При выполнении оперативного вмешательства по поводу деструктивного панкреатита, распространенного ферментативного перитонита у больных контрольной группы интраоперационно наблюдалась следующая клиническая картина: выраженный отек поджелудочной железы, чаще преимущественно выраженный в области головки железы и как следствие билиарная гипертензия с увеличением желчного пузыря. Грязно-геморрагический выпот во всех отделах брюшной полости, имбибиция таким же выпотом самой железы, сальника, парапанкреатической клетчатки (рис. 1). Выполнялся стандартный объем вмешательства: холецистостомия, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки сквозными или встречными дренажами, санация и дренирование брюшной полости, назоинтестинальная интубация (рис. 2).

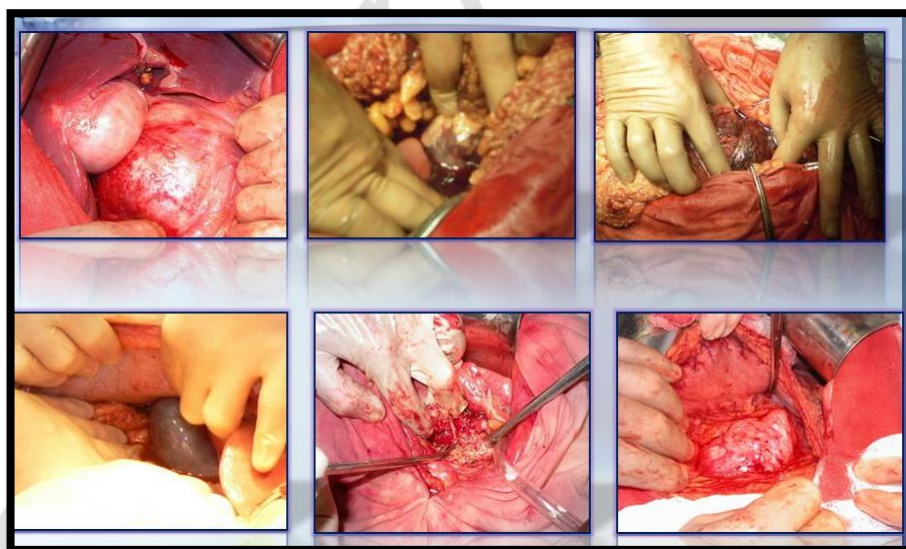


Рис. 1 – Интраоперационная клиническая картина

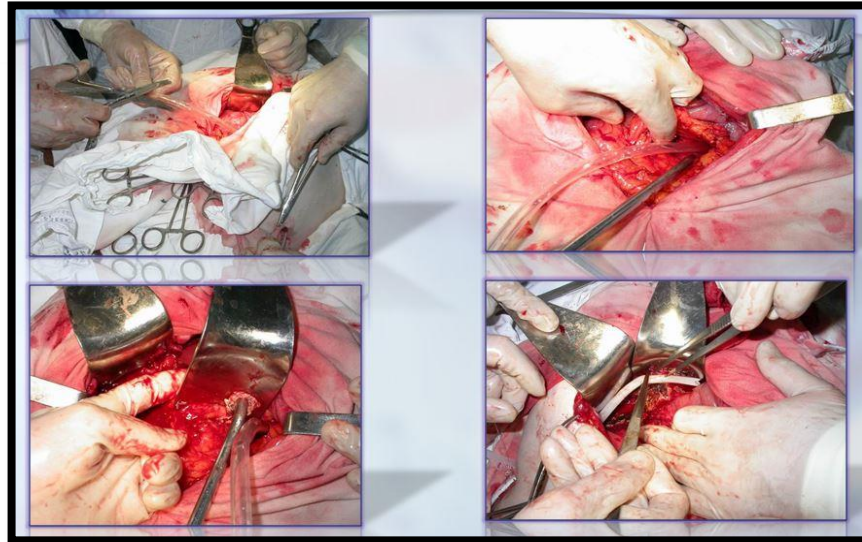


Рис. 2 – Ход операции

При проведении данных вмешательств в подавляющем большинстве случаев применялось общее обезболивание – эндотрахеальный наркоз (в 92,2%), Внутривенный наркоз применялся только для этапных ревизий сальниковой сумки.

Продолжительность операции от 70 минут, до 140 минут. В среднем 87 минут. При применении данной методики получены следующие результаты.

В основной группе применялись различные мининвазивные вмешательства. Так в фазе гемодинамических нарушений производилась новокаиновая блокада парапанкреатической клетчатки и блокада чревного сплетения.

В фазе токсемии, в зависимости от клинической ситуации, выполнялись: холецистостомия, пункция или дренирование острых парапанкреатических скоплений жидкости, аспирация жидкости из плевральной и брюшной полости под контролем УЗИ, либо видеолапароскопии.

При явлениях желчной гипертензии в данной фазе, холецистостомия выполнялась под контролем УЗИ. Значительные размеры пузыря и относительно небольшая глубина его расположения позволяют выполнить холецистостомию при наличии любого типа датчиков. Точку для выполнения холецистостомии выбирали индивидуально, что связано с вариабельностью расположения желчного пузыря, а также с наличием, или отсутствием увеличения печени. Пункция и последующее дренирование желчного пузыря осуществлялось при помощи устройства для дренирования полостных образований. Данное устройство сочетает в себе возможность выполнения нескольких поисковых пункций с малой травматичностью и возможностью одномоментного введения катетера достаточного диаметра.

В стадии формирования инфильтрата выполнялась Пункция жидкостных участков в инфильтрате и обкалывание инфильтрата антибиотиками.

В фазе гнойных осложнений выполнялись пункция или дренирование локализованных гнойников, дренирование парапанкреатических флегмон, чрескожное удаление секвестров под контролем УЗИ.

Для выполнения этих задач также использовалось устройство для дренирования полостных образований. Под сонографическим контролем выбиралась крат-

чайшая траектория вне зоны залегания петель кишечника и прохождения магистральных сосудов. В полость абсцесса вводился дренаж изогнутый типа «pigtail» 12 СН с фиксирующим элементом. В зависимости от размеров и формы полости мог быть введен дополнительный дренаж. Расположение дренажей при необходимости проверялось рентгенологически.

Состояние полости и динамика процесса оценивалась при помощи фистулографий (рис.3). Уменьшение количества отделяемого по дренажу в сочетании с сохраняющейся гипертермией и характерными изменениями в картине крови свидетельствовали о наличии в полости секвестров.

В этом случае под контролем ЭОПа по имеющемуся дренажу вводился рентгенконтрастный проводник, а сам дренаж извлекался. По проводнику проводился дренаж большего диаметра, что позволяло в последующем адекватно санировать полость.

При проведении миниинвазивных вмешательств эндотрахеальный наркоз не применялся. В 45 случаях вмешательство выполнялось под местной анестезией (94%). Продолжительность операций от 11 минут, до 32 минут. В среднем 21 минуту.



Рис. 3 – Фистулография

При применении данной методики получены следующие результаты: использование миниинвазивных методов вмешательств достоверно сократило время оперативных вмешательств в 3,8 раза ($t=2,45$; $p < 0,05$), позволило избежать неоправданных релапаротомий в 1,5 раза ($t=2,35$; $p < 0,05$). Общее количество больных с осложнениями достоверно снизилось в 1,7 раза ($t=2,37$; $p < 0,05$) (рис.4).



Рис. 4 – Анализ полученных результатов

Выводы:Применение миниинвазивных методик:

1. Обеспечивает адекватный объем вмешательства практически в любую фазу острого панкреатита;
2. Существенно уменьшает количество послеоперационных осложнений;
3. Сокращает время оперативного вмешательства.

Литература

1. Дадвани С.А., Шулутко А.М., Ветшев П.С. и др. Современное лечение деструктивного панкреатита и его осложнений // Анн. хирургии. – 2000. – № 6.
2. Данилов М.В. Дискуссионные вопросы хирургии острого деструктивного панкреатита // Анн. хир. гепатол. – 2001. – Т. 6, № 1.
3. Костюченко А.Л. Деструктивный панкреатит. Стратегия и тактика лечения на современном этапе (впечатления участника 9-го съезда хирургов 20–22 сентября 2000 г.) // Вестн. хир. – 2001. – № 4.
4. Кригер А.Г., Владимиров В.Г., Андрейцев И.Л. и др. Лечение панкреонекроза с поражением забрюшинной клетчатки // Хирургия. – 2004. – № 2
5. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлузов С.В. и др. Лечение панкреонекроза // Рос. мед. журн. – 2002. – № 1.
6. Савельев В.С., Филимонов В.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (проект) // Новый хир. арх. – 2002. – Т. 1, № 5. – С. 45–46.
7. Сухопара Ю.И., Майстренко Н.А., Тришин В.М. Основы неотложной лапароскопической хирургии. – СПб: Элби СПб, 2003.